

Posouzení změn po ukončení psychoterapie (CHAP)

ČESKÁ VERZE MANUÁLU

Rolf Sandell
David Holub
Tomáš Řiháček
Jan Roubal



MASARYKOVA
UNIVERZITA

MUNI
PRESS

MUNI
FSS

Posouzení změn po ukončení psychoterapie (CHAP)

ČESKÁ VERZE MANUÁLU

Rolf Sandell
David Holub
Tomáš Řiháček
Jan Roubal

Publikace byla vydána s finanční podporou Grantové agentury České republiky, projekt č. GA18-08512S.

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této elektronické publikace nesmí být reprodukována nebo šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu vykonavatele majetkových práv k dílu, kterého je možné kontaktovat na adrese: Nakladatelství Masarykovy univerzity Munipress, Rybkova 19, 602 00 Brno.

Z anglického originálu *Rating the Outcomes of Psychotherapy Using the CHange After Psychotherapy Scales (CHAP): Manual and Commentary*, 2015, přeložili David Holub, Martina Pourová, Tomáš Peřich, Michal Nondek, Tomáš Řiháček, Radim Karpíšek, Michaela Viktorinová a Miroslava Benešová.

© 2019 Rolf Sandell, David Holub, Tomáš Řiháček, Jan Roubal
© 2019 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-9244-0

<https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-9244-2019>

*Editor, překladatelský tým i autoři předmluvy tímto vyjadřují poděkování
MUDr. Jaromíru Kabátovi. Jeho podpora a zázemí Psychosomatické kliniky
umožnily provádět, zkoumat a rozvíjet metodu CHAP interview.*

Obsah

Usuzování na změnu v psychoterapii: předmluva k manuálu	7
Zjišťování změny v psychoterapii	8
Kvantitativní vs. kvalitativní posuzování změny	8
Retrospektivní (přímé) vs. prospektivní (nepřímé) posuzování změny	11
CHAP v klinické praxi, vzdělávání a výzkumu.	12
Zrod CHAP.	15
Přínosy a omezení CHAP metody	17
Příklad využití CHAP v běžné klinické praxi	20
Literatura.	27
Manuál CHAP	29
Změna a její měření.	29
Rozhovor po léčbě	31
Hodnotící postup	36
Instrukce k hodnocení	37
Změna v symptomech	39
Adaptační kapacita.	42
Náhled.	45
Základní konflikt.	47
Mimoterapeutické vlivy	50
Reliabilita a normy	53
Obecné komentáře a doporučení.	56
Literatura.	59
O autorovi	60

Usuzování na změnu v psychoterapii: předmluva k manuálu

David Holub, Tomáš Řiháček, Jan Roubal a Rolf Sandell¹

V této publikaci čtenářům představujeme metodu CHAP. V úvodu přibližujeme přednosti a omezení spojená s retrospektivním způsobem posuzování terapeutické změny. Zařazení tohoto kvalitativního nástroje do běžné praxe vyžaduje určitou přípravu a časovou investici. Osobně jsme však přesvědčeni, že práce s CHAP přináší smysluplné a klinicky užitečné informace, které mají potenciál nejen zkvalitnit terapeutickou práci s konkrétním pacientem², ale též stimulovat další profesní rozvoj psychoterapeuta. CHAP poukazuje na nepostradatelné místo subjektivity a intuice v psychoterapeutickém, psychologickém a psychiatrickém výzkumu. Odhaluje dvojnásobný postoj vědecké komunity vůči subjektivním prožitkům, který se projevuje na jedné straně zpochybňováním „subjektivity“ pacientovy zkušenosti zachycené CHAP rozhovorem, a na druhé straně ochotou přijmout jakoukoliv pacientovu zkušenost, pokud je sdělována sebehodnotícími škálami (R. Sandell, osobní sdělení, 11. 1. 2019). Po tomto úvodu následuje volně dostupný český překlad manuálu CHAP v plném rozsahu, čímž se česká verze kromě původní švédštiny staví po bok již existujících překladů do národních jazyků: angličtiny a italštiny (Sandell, 2015a).

¹ DAVID HOLUB: Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha, a Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno; TOMÁŠ ŘIHÁČEK: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno; JAN ROUBAL: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno; ROLF SANDELL: Department of Psychology, Lund University, Stockholm

² Vzhledem k širokému uplatnění CHAP metody používáme v textu ve shodném významu výrazy klient a pacient.

Zjišťování změny v psychoterapii

Otázka, zda je psychoterapie účinná a jaké změny dokáže navodit, zajímá psychotherapeuty již řadu desetiletí. Na toto téma byly provedeny tisíce studií a dlouhá řada metaanalýz. Dnes již o její účinnosti nepochybujeme (Lambert, 2013). Přesto se stále vede diskuze o tom, jakými mechanismy vlastně psychoterapie působí. Různé psychotherapeutické školy konceptualizují psychotherapeutickou změnu různými způsoby a zdá se, že též různí klienti mohou lépe profitovat z různých přístupů (např. Beutler a Harwood, 2000). Jako důležité se proto ukazuje zkoumat proces změny více individualizovaně a zkoumání psychotherapeutické změny je tak stále aktuální.

Zkoumání změn probíhajících v psychoterapii není jen akademickým cvičením. Práci terapeuta přímo ovlivňuje znalost toho, zda u konkrétního klienta v terapii dochází k nějakým změnám, jakou mají tyto změny povahu, které aspekty terapie mu nejvíce pomáhají a co případně celý proces brzdí. Jako psychotherapeuti používáme k vyhodnocování klientova pokroku své pozorování, nahromaděnou zkušenost, intuici i teoretické znalosti. Používání výzkumných nástrojů nemá tyto zdroje nahradit. Může však celý proces učinit systematictější a může nám pomoci získat informace, které by nám jinak zůstaly nedostupné. Zkoumání psychotherapeutické změny poskytuje cennou zpětnou vazbu. Může přispívat k potvrzení klinického dojmu tam, kde vše probíhá podle očekávání. Může ale také upozornit na případy, kde změna neprobíhá podle očekávání, a osvětlit, proč se terapie nedaří. Tím umožňuje nejen vhodně upravit terapeutický přístup, ale napomáhá i lepšímu teoretickému porozumění tomu, jak může terapeutická změna probíhat za různých podmínek.

Kvantitativní vs. kvalitativní posuzování změny

K posouzení změny byla vyvinuta řada nástrojů kvantitativní povahy. Patří mezi ně zejména sebeposuzovací škály vyvinuté speciálně pro měření účinku psychoterapie (např. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* či *Outcome Rating Scale*), škály zachycující přítomnost symptomů charakteristických pro určitou duševní poruchu (např. Beckův inventář deprese) a vícedimenzionální symptomatické škály zachycující širší psychopatologický profil (např. revidovaná verze dotazníku *Symptom Check List-90*). Podrobnější přehled těchto metod najde čtenář v knize *Současný výzkum psychoterapie* (Timulák, 2005), zde se omezíme na jejich obecnější charakteristiku.

Za každou metodou stojí určitý koncept, například koncept deprese či duševní pohody. Jednotlivé položky jsou vybírány tak, aby tento koncept reprezentovaly. Protože všichni respondenti odpovídají na tytéž otázky, předpokládáme, že výsledný skór můžeme použít k porovnání závažnosti potíží u různých lidí nebo u téhož člověka v různých okamžicích. Tento předpoklad pak umožňuje stanovit normy či hraniční skóry odlišující zdravou populaci od klinické. Umožňuje také určit velikost změny, k níž došlo mezi dvěma měřeními, například před terapií a po jejím absolvování. Kromě toho je to také nenáročnost a časová úspornost při administraci i vyhodnocení, které často vedou k preferenci kvantitativního přístupu ke zjišťování terapeutické změny.

Základní předpoklad srovnatelnosti různých měření se však u některých nástrojů může ukázat jako problematický. Například Fokkema, Smits, Lekderman a Cuijpers (2013) ukázali, že klienti po terapii odpovídali v Beckově inventáři deprese odlišným způsobem než na počátku terapie. Jejich způsob vnímání symptomů se změnil a jejich odpovědi před terapií a po ní proto nebyly přímo porovnatelné; obě měření zachycovala částečně odlišný fenomén. Výsledek této studie vypovídá o kvalitativních posunech v posuzování potíží u klientů a komplikuje interpretaci rozdílových skórů. Studie zaměřené na zkoumání toho, zda škály běžně používané ve výzkumech efektu psychoterapie měří skutečně totéž napříč různými kontexty a skupinami (tzv. problém invariance měření) však zatím v širším měřítku scházejí. V obecnější rovině také bývá kritizován fakt, že dotazníky redukují komplexnost posuzovaných fenoménů na několik vybraných charakteristik, které nemusejí být pro konkrétního klienta v danou chvíli relevantní. Nezachycují tak celkový význam, který prožívané potíže pro daného klienta mají, ani kontext, v němž se odehrávají.

Sandell a Wilczek (2016) argumentují, že psychoterapeutická změna je v prvé řadě kvalitativní zkušeností; spíše než o úbytek či nárůst nějaké charakteristiky se jedná o celkovou změnu konfigurace v prožívání. Chceme-li zachytit tuto kvalitativní změnu v celé její šíři a včetně významů, které má pro konkrétního klienta v jeho životní situaci, nabízí kvalitativní přístup oproti kvantitativnímu některé výhody. Tím, že do mapování změny nevnáší nějaká předem definovaná kritéria, umožňuje zachytit klientovu vlastní reflexi toho, co se z jeho pohledu během terapie změnilo (Rodgers a Elliott, 2015). Rodgers a Elliott se dokonce domnívají, že jsme používáním různých škál výsledky psychoterapie kvantifikovali předčasně a že jsme tím uměle zúžili rozsah sledovaných proměnných. Podle těchto autorů je důležité, aby posuzování výsledků terapie zahrnovalo také existenciální dimenzi a aby tyto výsledky zachycovalo v kontextu významů, které jim přikládá samotný klient. I když pak může být nesnadné porovnávat různé klienty mezi sebou, kvalitativní zachycení změny je snadněji srozumitelné terapeutům i jejich klientům a umožňuje lépe hledat souvislosti mezi výsledkem psychoterapie a terapeutickým procesem (Hill, Chui a Baumann, 2013).

Roubal, Řiháček, Čevelíček, Hytych a Holub (2018) na několika příkladech ukázali, že kvalitativní rozhovor umožňuje například identifikovat klíčové momenty v terapii, zachytit integraci zisků z terapie do každodenního života klienta, popsat různé aspekty terapeutického vztahu a jeho případných narušení či vysvětlit zdánlivě protichůdné informace o výsledcích terapie.

Podobně jako kvantitativní přístup i ten kvalitativní má své limity. Jedním z nich je časová náročnost: provedení rozhovoru, jeho přepis a analýza vyžadují značné množství času, a kvalitativní metody proto nelze v praxi aplikovat zcela rutinně. Limitem je též omezená schopnost klientů identifikovat a adekvátně popsat změny, které nastaly, a též schopnost propojit je s nuancemi terapeutického procesu. Důležité také je, že obsah kvalitativního rozhovoru vytváří společně s klientem i tazatel. Jeho obsah tak z velké části závisí na tazatelových dovednostech, na jeho reakcích i na tom, kam směřuje doplňující otázky. Rozhovor samotný může navíc klientovi přinášet nová porozumění a perspektivy a v tomto smyslu se může sám stát součástí procesu změny. To se samozřejmě týká i kvantitativních nástrojů, ale v případě rozhovoru je tento aspekt ještě výraznější. Další problém spočívá v tom, že oč lépe kvalitativní metody umožňují zachytit specifický kontext konkrétního případu, o to obtížněji lze jejich výsledky porovnávat a sumarizovat napříč případy. A konečně, kvalitativní metody obvykle generují citlivá data, která vyžadují zvláštní zabezpečení a obezřetnost při zacházení s nimi (Rodgers a Elliott, 2015).

Kvalitativní přístup nevede jen ke kontextuálně citlivějšímu zachycení změn a jejich subjektivních významů. Několik studií ukázalo, že závěry kvalitativního posouzení změn se mohou odchylovat od dat získaných pomocí standardizovaných měřících nástrojů a mohou s nimi dokonce být i v přímém rozporu (např. Desmet, 2018; Doran, 2015; Hill et al., 2013; McLeod, 2017; Zatloukal, 2012). Zatloukal (2012) popisuje příklad klienta, který v dotazníku OQ-45 udával klinicky významný nárůst symptomů, následný rozhovor však ukazoval spíše na to, že klient se stal citlivějším vůči svým emocím a zároveň se naučil s nimi lépe zacházet. Naopak Desmet (2018) uvádí příklad klientky, která na základě výsledků v dotazníku IIP vykázala zřetelné zlepšení v oblasti interpersonálních vztahů, rozhovor však odhalil, že tato klientka přestala vztahové potíže vnímat, protože se od ostatních lidí izolovala. Co se tedy z jedné perspektivy jeví jako zlepšení, může být z té druhé interpretováno jako zhoršení a naopak. Z takových pozorování nelze jednoduše odvodit, že by kvalitativní přístup měl privilegium přesnosti či správnosti v zachycení změny. Je však zřejmé, že posuzování změny by se nemělo omezovat pouze na standardizované měření, ale mělo by být založeno na posouzení a integraci závěrů z několika různých zdrojů.

Retrospektivní (přímé) vs. prospektivní (nepřímé) posuzování změny

Psychoterapeutickou změnu můžeme posuzovat dvěma základními způsoby: *přímo*, tj. tím, že požádáme klienta (či jiného posuzovatele), aby retrospektivně zhodnotil proběhlou změnu, nebo *nepřímo*, tj. porovnáním stavu zachyceného před terapií se stavem zachyceným po terapii (Krampen, 2010; Sandell a Wilczek, 2016). Toto rozlišení se v praxi částečně překrývá s výše uvedeným rozdělením na kvalitativní a kvantitativní přístup, není s ním však zcela totožné, a proto o něm pojednáme zvlášť.

V případě retrospektivního (tj. přímého) přístupu je posouzení změny zcela ponecháno na klientovi či jiném posuzovateli (změnu může retrospektivně hodnotit samozřejmě i terapeut, partner či nezávislý posuzovatel). Tento přístup vychází z předpokladu, že pokud se klient během psychoterapie skutečně změnil, proměnil se pravděpodobně i referenční rámec, v němž svůj stav posuzuje, a odpovědi v dotaznících administrovaných před terapií a po ní proto nejsou souměřitelné. Relevantnost retrospektivní perspektivy tedy spočívá v tom, že je opřena o přímý prožitek změny a jejích konsekvencí v životě klienta. Retrospekci lze však také chápat jako zásadní slabinu. Usuzování na změnu zahrnuje rekonstruktivní paměťové procesy, a podléhá tak různým zkreslením (Neusar, 2014; Rodgers a Elliott, 2015). Přestože retrospektivní přístup bývá mnohdy ztotožňován s přístupem kvalitativním, není to zcela přesné. Krampen (2010) zkonstruoval dvanácti-položkovou škálu, v níž klient retrospektivně kvantitativně posuzuje velikost změny v různých oblastech. Také metoda CHAP, představená v tomto manuálu, nabízí možnost kvantifikace klientem popsanych změn v několika dimenzích.

V případě prospektivního (tj. nepřímého) přístupu klient (či jiný posuzovatel) opakovaně posuzuje aktuální stav v daných časových bodech, obvykle před terapií a po terapii. Usuzování na změnu se pak odehrává nepřímou porovnáním těchto oddělených měření, které probíhá již nezávisle na klientovi. Výhodou tohoto přístupu je „odfiltrování“ vzpomínkového zkreslení. Jak již bylo zmíněno, tento přístup vychází z předpokladu, že daný měřicí nástroj v různých časových bodech měří tentýž fenomén (předpoklad invariance měření), který nebývá vždy naplněn. Prospektivní přístup bývá obvykle ztotožňován s přístupem kvantitativním, ale ani to není zcela přesné. Metoda CHAP má sice ryze retrospektivní charakter, jiné kvalitativní metody, jako je *Client Change Interview* (CCI, Elliott a Rodgers, 2008) nebo *Narrative Assessment Interview* (NAI, Hardtke a Angus, 2004), však umožňují systematicky pracovat i s kvalitativním zachycením stavu před terapií.

Empirické porovnání ukazuje, že prospektivní a retrospektivní posouzení změny spolu souvisejí jen částečně. Například skóre v Krampenově retrospektivním dotazníku

vykazoval středně silné až silné korelace s prospektivním měřením symptomatické změny (Krampen, 2010) a podobně to bylo i v případě metody CHAP (Sandell a Wilczek, 2016); korelace však nepřekračovaly hodnotu $r = 0,60$. Tyto výsledky naznačují, že každá z těchto perspektiv zachycuje změnu jiným způsobem a jednu nelze jednoduše nahradit tou druhou. Spíše lze říci, že společně poskytují úplnější obraz o terapeutické změně.

CHAP v klinické praxi, vzdělávání a výzkumu

Metoda CHAP (Sandell, 1987, 2015b, 2016) je založena na polostrukturovaném rozhovoru, pomocí kterého tazatel získává informace o změnách, které pacient ve svém životě zažívá po ukončení psychoterapie nebo v jejím průběhu. Jedná se vlastně o pružně strukturovaný rozhovor, který z pohledu vnějšího pozorovatele vypadá jako plynoucí dialog nebo terapeutické sezení. Volný formát (*open-ended*) interview dává pacientovi prostor k tomu, aby se vynořila jak jeho zkušenost s prožívanou změnou ve své celistvosti, tak i jednotlivé dílčí aspekty nové zkušenosti. Nedirektivní způsob vedení CHAP rozhovoru obsahuje v porovnání s terapeutickým rozhovorem několik modifikací (Sandell a Wilczek, 2016). Rozhovor má pevně stanovený začátek. Tazatel uvádí interview CHAP definovanou formulací, která vymezuje účel a zaměření rozhovoru (viz str. 29). Rozhovor obvykle trvá od 45 do 90 minut. Tazatel je seznámený s různými podobami a projevy prožitkové změny (prototypy) ve čtyřech základních oblastech: na rovině změny symptomů, adaptační kapacity, náhledu a nevyřešeného základního konfliktu. Díky tomuto „vnitřnímu rámci“ se může doptávat a pomáhat pacientovi uvědomit si jeho úplný *prožitek stavu změnil jsem se*. Tato větší strukturovanost, pružné doptávání se ve fázích, kdy je pacient příliš vágní, obecný, nejasný, je kromě pevného začátku druhou odlišností ve vedení rozhovoru v porovnání s nestrukturovaným psychoterapeutickým rozhovorem. Je důležité, aby se tazatel primárně nechával vést pacientem a jeho způsobem, jak svůj subjektivní *prožitek změnil jsem se* během interview představuje. Pouze v některých pasážích tazatel aktivněji pomáhá svými otázkami. Tato technika vedení rozhovoru umožňuje vynořování pacientovy prožitkové perspektivy, která není ovlivněna předporozuměním tazatele a jeho teoretickými předpoklady. Teprve když se například tazatel aktivně neptá na původní obtíže a pacient se k nim nevrací, může se ukázat, že se pacient již některými aspekty své zkušenosti nezabývá, byť pro něj dříve byly nesnadné a trápily ho. Tazatel si všímá příliš obecných a nesrozumitelných pasáží, ve kterých je pacient z obranných důvodů nejasný. V těchto fázích se více ptá, vstupuje do volně probíhající pacientovy

promluvy a zkoumá jeho zkušenost až do té doby, dokud jí sám neporozumí a je schopen ji reprodukovat. Kromě toho si všímá vlivu možných mimoterapeutických faktorů, které mohou vstupovat do změny prožívání a s vlastní psychoterapií bezprostředně nesouvisí. Patří sem například spontánní zlepšení potíží nebo paralelní léčba. Středobodem CHAP metody je prožitková rovina, která se dá shrnout formulací „*mám zážitek stavu, kdy jsem se změnil, eventuálně něco se změnilo, došlo ke změně*“. Perspektiva prožitkové změny se zaměřuje na bezprostřední zkušenost, pocit „odlišnosti“ nebo dokonce „novosti“ (Sandell a Wilczek, 2016). Smyslem CHAP interview je zachytit co nejsrozumitelněji, jak jinak se posuzovaná osoba cítí po absolvování psychoterapie, v čem se cítí jinak a proč se vnímá jako jiný člověk než před léčbou. Autor metody uvádí některé příklady odlišného prožívání sebe. Například pacient uvedl: „Nepoznávám se. Dokážu druhým i sobě dávat hranice.“ Podobně dívka, která se dříve prožívala s nízkým sebevědomím, o sobě řekla: „Cítím se dnes sexy“ (Sandell a Wilczek, 2016).

Druhým krokem po provedeném CHAP interview je jeho hodnocení. Na základě audio nebo videozáznamu proběhlého rozhovoru nezávislý posuzovatel (nebo tazatel sám) odhaduje míru změn ve čtyřech subškálách (symptomy, adaptační kapacita, náhled, základní konflikt) a současně se zamýšlí nad vlivem mimoterapeutických faktorů. Ke shlednutí záznamu a škálování je potřeba přibližně 60–100 minut. Přestože tyto dva aspekty (rozhovor a škálování) jsou v původní metodě nerozlučně propojeny, lze je využívat i samostatně. Rozhovor samotný poskytuje materiál například pro tematickou analýzu, která umožňuje pojmenovat a kvalitativně odlišit různé oblasti změn, případně vztahy mezi nimi (Roubal et al., 2018). Škálovací proceduru je možné aplikovat také na jiná data, jako jsou například podrobné terapeutovy zápisky ze sezení (Pires, Gonçalves, Sá, Silva a Sandell, 2016), rozhovor s psychoterapeutem či rozhovor se vztahově významnou osobou pro pacienta. Jednotlivé osy (symptomy, schopnost adaptace, náhled a základní konflikt) jsou definované znaky, postoji, zvyky a přesvědčeními, které lze během rozhovoru pozorovat nebo odvozovat. Tyto určující znaky jsou indikátory změny a vytvářejí „ideální prototypy“ úplné změny (Sandell, 2015b). Cílem CHAP tedy není, aby posuzovatel odhadl přírůstek/pokles určité psychologické funkce, ale aby posoudil, jak rozsáhlý, radikální, úplný nebo třeba i obdivuhodný je pacientův *prožitek toho, že se změnil*. Čím více se pacientovo vyprávění podobá prototypickým formulacím v manuálu, tím více by se měl posuzovatel při hodnocení blížit maximální hodnotě (na škále 0–1).

Hodnocení rozhovoru je do určité míry subjektivní a různí hodnotitelé se mohou lišit v tom, jak vysoký skóre pacientovi v té které subškále přisoudí. Proto je užitečné, účastní-li se hodnocení dva či více hodnotitelů. Ti pak mohou buďto posuzovat změny společně v diskuzi, nebo mohou hodnocení provést každý sám a výsledný skóre pak stanovit jako průměr. V tabulce 1 uvádíme příklad, v němž hodnocení provádělo

nezávisle na sobě celkem pět hodnotitelů a jejich výsledky byly následně zprůměrovány. Retrospektivní CHAP rozhovor (půl roku po ukončení terapie) výzkumník vedl s klientkou, která přišla s úzkostně depresivními obtížemi poté, co ji opustil manžel. V oblasti zmírnění symptomů byla změna hodnocena jako velká (0,8) a podobně se dle hodnotitelů zlepšila též adaptační kapacita klientky (0,7). Změna náhledu byla vyhodnocena jako částečná (0,5) a změna na úrovni základního konfliktu jako málo výrazná (0,3). Celková změna, vypočítaná jako průměr těchto hodnot, se pohybovala v pásmu částečné změny (0,6). Metoda CHAP umožňuje také odhadnout, do jaké míry byla uvedená změna způsobena či ovlivněna mimoterapeutickými okolnostmi (hodnota 0,3 v tomto případě vyjadřuje méně výrazný vliv mimoterapeutických okolností). Pokud bychom při výpočtu celkové změny tento faktor zohlednili (viz str. 43), získáme korigovaný celkový skóre (v tomto případě 0,4) vyjadřující velikost změny, kterou lze podle hodnotitelů přisoudit samotné terapii.

Tabulka 1. Výsledky hodnocení pěti hodnotiteli

Hodnotitel	Symptomy	Adaptační kapacita	Náhled	Základní konflikt	Mimoterapeutické vlivy	Celkový skóre	Korigovaný celkový skóre
1	0,8	0,7	0,5	0,5	0,4	0,6	0,4
2	0,8	0,8	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4
3	0,7	0,4	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3
4	0,9	0,8	0,8	0,4	0,1	0,7	0,7
5	0,8	0,7	0,5	0,4	-	0,6	0,6
Průměr	0,8	0,7	0,5	0,3	0,3	0,6	0,4

Poznámka. Hodnotitel číslo 5 neposoudil hodnotu mimoterapeutických faktorů, proto je příslušná hodnota vynechána.

Skupinové hodnocení probíhá nejdříve individuálně shlédnutím videozáznamu (vyposlechnutím audionahrávky), na které v optimálním případě navazuje pročetí přepisu CHAP rozhovoru. Rolf Sandell užívá barevné zvýrazňovače u tištěného i elektronického transkriptu. Odlišnými barvami označuje věty a formulace, které svědčí pro změnu v jednotlivých subškálách či pro mimoterapeutické faktory, a zachycuje také potíže uváděné pacientem při vstupu do terapie. Sandell poté, co zvýrazní pasáže svědčící pro změnu, znovu přečte výroky a věty podle barev. Aniž by je počítal, podívá se zvláště na každou subškálu a stupeň jejího vyjádření v rozhovoru. Následně provádí celkový odhad skóre v jednotlivých subškálách. V dalším kroku se hodnotitelé schází ve skupině, kde prezentují, oponují, zdůvodňují a korigují svá hodnocení. Porovnáme-li mezi sebou skóre přidělené jednotlivými hodnotiteli, můžeme v některých zaregistrovat poměrně značné rozpětí hodnot. Variabilita hodnocení se

liší u jednotlivých subškál. Jak ukázaly předchozí studie, hodnotitelé se více shodnou u „vnějších“ známek změny (symptomy, adaptační kapacita) a více se odlišují u „vnitřních“ projevů změny (náhled a základní konflikt). Výcvik ve vedení CHAP interview a jeho hodnocení zvyšuje souhlas mezi hodnotiteli podobně jako pravidelné klinické semináře (Sandell, 2015b).

Zrod CHAP

CHAP vzniká počátkem 80. let minulého století na Psychiatrické klinice nemocnice Danderyd poblíž Stockholmu. Sandell zde se svými kolegy začali poskytovat vzdělávání v časově omezené formě psychoterapie podle Jamese Manna (1973). Do té doby na Psychiatrické klinice probíhaly časově neomezené dlouhodobé psychodynamické psychoterapie. Psychoterapeuti, kteří se scházeli na skupinových intervizích se rozhodli, že se pokusí své terapeutické úsilí hodnotit pomocí následných katamnestických rozhovorů. Sandell poznatky z těchto interview shrnul ve svém článku o vlivu supervize, kompetence terapeutů a úrovně pacientova fungování na efekt časově ohraničené psychoterapie (1985). V té době svoji metodiku ještě nenazýval CHAP, ale používal víceméně stejný postup, který posléze uveřejnil v sérii článků v časopise *Psychotherapy and Psychosomatics* v roce 1987. Následně provedl několik obsahových analýz katamnestických interview, které se staly základem manuálu. Jeho teoretický základ shrnuje článek *Jiný způsob jak přemýšlet o psychologické změně: zkušenostní nebo přírůstková* (Sandell a Wilczek, 2016). V 80. letech minulého století Sandell přešel do Stockholmu. Ve Stockholmském Institutu psychoterapie se profesionálně zajímali o CHAP rozhovory. Institut organizoval kratší tréninkové kurzy ve vedení těchto rozhovorů a jejich hodnocení pro kolegy z jiných zařízení. Retrospektivní rozhovory poutaly na mezinárodní scéně střídavou pozornost odborné veřejnosti. Část účastníků konference Society for Psychotherapy Research v roce 1997 v Norsku pro CHAP metodu nenašla porozumění (Sandell et al., 1997). V roce 2014 se Rolf Sandell účastní konference o výzkumu v gestalt terapii v Římě a setkává se zde s nadšeným zájmem o CHAP.

Čeští čtenáři se s CHAP metodou seznamují v roce 2001. Michael Šebek v časopisu *Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu* redakčně připravil číslo věnované účinnosti a výzkumu v psychoanalýze a zahrnul překlad švédské studie STOPP (Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis project), která vedle dalších výzkumných postupů využívala také CHAP metodiku. Rolf Sandell byl hlavním architektem tohoto výzkumného projektu, který si objednala švédská zdravotní pojišťovna, aby zjistila, jaký má smysl vynakládat finanční prostředky na náročné vysokofrekvenční formy psychoterapie a na psychoanalýzu. V roce 2006 David

Holub absolvoval Research Training Programme v Londýně, kde se seznámil s Rolfem Sandellem a metodikou CHAP. V roce 2014 se Jan Roubal zúčastnil již zmíněné konference v Římě včetně Sandellova semináře o výzkumných metodách v gestalt terapii. V roce 2015 iniciují David Holub a Jan Roubal pracovní skupinu pro CHAP interview a retrospektivní metody. Brněnskou větev koordinuje Jan Roubal a postupně ji doplňují Roman Hytych, Tomáš Řiháček. Pražskou větev koordinuje David Holub, zprvu ji tvoří Miroslava Benešová, Jaromír Kabát, Radim Karpíšek, Martin Klouda, Iva Kratochvílová, Kristýna K. Lucáková, Hana Micková, Tomáš Peřich, Michaela Viktorinová. Pracovní skupina se v době vydání tohoto manuálu schází ve složení Miroslava Benešová, Radim Karpíšek, Michal Nondek, Tomáš Peřich, Michaela Viktorinová. V roce 2018 vyšel v *Revista Argentina de Clínica Psicológica* článek *Retrospektivní dotazování klienta informuje praxi klinických pracovníků a doplňuje obvyklé monitorování výsledků* (Roubal, Řiháček, Čevelíček, Hytych a Holub, 2018), který zachycuje mimo jiné i zkušenost s používáním CHAP. Hlavním zájmem české pracovní skupiny je hodnocení zkušenosti pacientů po ukončení léčby a využití CHAP manuálu v klinické praxi, výuce i ve výzkumu. K nosným tématům patří operacionalizace CHAP manuálu, rozpracování perspektivy pacienta a terapeuta, retrospektivní hodnocení změn u různých duševních stavů a dopad CHAP na klinickou všímavost vůči změnám v průběhu psychoterapie.

V zahraničí CHAP metodu kromě Sandellových spolupracovníků ve Švédsku, kteří postupně publikují výsledky retrospektivních interview ze STOPP studie (Falkenström, 2007), rozpracovávají italská autoři vázaní na skupiny gestalt terapeutů. Skupina kolem Gianniho Francessettiho a Michele Settanniho vypracovává aplikaci CHAP přístupu na hodnocení absolventů psychoterapeutického výcviku CHAT (CHange After Training) a s určitými modifikacemi (například vynecháním osy Základního konfliktu) plánují jeho validizaci. Margherita Spagnuolo Lobb a Floriana Romano (Istituto di Gestalt HCC Italy) konceptualizují využití CHAP metody pro hodnocení změn pacientů v gestalt terapii. Profesor Lorenzo Cionini koordinuje Výzkumný výbor italské federace všech psychoterapií a pokouší se uplatnit CHAP u různých psychoterapeutických přístupů, v gestalt přístupu se angažuje Dario Davì. Obecně se dá říci, že se CHAP daří více v zemích, které jsou otevřené fenomenologickému zkoumání a studiu jevů blízkých zkušenosti, a kterým v odborném diskurzu nedominuje pozitivistické paradigma. Jak ale ukazují nedávné diskuse ohledně vodítek pro léčbu depresivních stavů NICE (National Institute of Clinical Excellence) ve Velké Británii, bude osobní zkušenost pacientů s léčbou a přístup zaměřený na pacienta nabývat na váze a bude se zohledňovat v doporučeních odborných organizací, regulátorů a poskytovatelů zdravotní péče (Thornton, 2018). Dosud nedostatečně zmapované jsou změny, které nastávají až po ukončení psychoterapie. Rozmanitost „následně dobíhajících“ změn v životě pacientů a jejich projevy se liší podle podstoupené

psychoterapie. Například účinky vysokofrekvenční psychoterapie a psychoanalýzy se prokazatelně a významně projevily až přibližně po třech letech od ukončení léčby (Sandell et al., 2001).

Přínosy a omezení CHAP metody

CHAP metoda je originální způsob hodnocení změny prožívání po ukončení psychoterapie. Způsob vedení CHAP interview dává pacientovi prostor, aby představil svým způsobem to, jak se cítí jinak po ukončení léčby. Tímto způsobem se vynořuje pacientův neredukovaný a bezprostřední prožitek psychické změny, tak jak se ukazuje v rozhovoru s tazatelem. Poskytuje materiál ke kvantitativní i kvalitativní analýze a rozboru audio/videonahrávek, interakcí, přepisů přímé řeči, sledování perspektivy pacienta i tazatele a dalších jevů. Doplnuje tak standardní přístupy hodnocení změny v psychoterapii, které si všímají spíše přírůstku různě definovaných hodnot a parametrů (Sandell a Wilczek, 2016). CHAP metoda v sobě propojuje klinický, výzkumný a také vzdělávací a supervizní aspekt. Pokud jde o přínos psychoterapeutický, CHAP rozhovor pacientovi pomáhá shrnout, konsolidovat a propracovat zkušenost psychoterapie a změny dosažené po ukončení léčby. Pacient si skrze rozhovor uvědomuje význam nové zkušenosti. Dochází k vyjasnění a určité validizaci psychoterapeutické zkušenosti a pacienti obvykle oceňují zájem psychoterapeuta nebo jeho týmu i po ukončení léčby. Výzkumný přínos spočívá v tom, že retrospektivní rozhovor doplňuje naše poznatky o klinických změnách o radikálně odlišný úhel pohledu. Samotné pořizování audio nebo videonahrávek je způsob, jak spolehlivěji zkoumat v klinickém rozhovoru jevy, které jsou jinak nezachytitelné, testovat hypotézy, definovat a operacionalizovat klinické pojmy a vytvářet tak příležitost k výzkumné triangulaci (Williamson, 2005). Výzkumný zájem se zaměřuje na prožitek pacienta, zachycuje ho, zkoumá a reflektuje systematickým a předem definovaným způsobem. CHAP rozhovor se svým formátem a nedirektivním uspořádáním velmi podobá terapeutickému sezení, na které jsou pacienti zvyklí, očekávají ho a snadno se mu přizpůsobí. Tazatel díky tomu získává cenné údaje o tom, jak pacient fungoval v psychoterapii, zacházel se sebou a jak se vztahoval k psychoterapeutovi. CHAP interview může sloužit také vzdělávacímu a superviznímu účelu. Prohlubuje klinické pozorování, všímavost psychoterapeutů vůči symptomovým, interpersonálním i intrapsychickým změnám v průběhu léčby a také k tomu, jak tyto změny souvisí s terapeutickým procesem. Psychoterapeuti rozšířenou všímavost využijí například tehdy, když pacienti do psychoterapeutického sezení přinášejí nenápadné pokroky/změny, kterých sami dosáhli, a stojí o to, aby si jich psychoterapeut všiml a ocenil je (M. Šebek, osobní sdělení, 24. 11. 2018). Retrospektivní rozhovor přináší terapeutovi zpětnou vazbu, pomáhá mu nacházet souvislosti

a konceptualizovat terapeutický proces. Diskuse nad záznamem CHAP rozhovoru se ukazuje jako unikátní nástroj vlastní supervize, který umožňuje naslouchat různým rovinám rozhovoru. Umožňuje odstoupit a reflektovat vlastní diagnostické návyky stejně tak, jako odlišit skutečně pozorované jevy a pacientovy skutečné výroky od toho, co psychoterapeut pacientovi propůjčuje z osobních a idiosynkraticky zkreslených stereotypů.

Ukazuje se, že čím jsou psychoterapeuti zkušenější, tím větší mají sklon vytvářet rigidní výkladová schémata. V rozsáhlejších výzkumných studiích bývá nesnadné zajistit anonymitu psychoterapeutů. Jejich intervence a teoretické reflexe jsou u různých pacientů velmi podobné a díky tomu se psychoterapeuti stávají snadno identifikovatelní (R. Sandell, osobní sdělení, 11. 1. 2019). Schématické promítání osobních témat a rutinizovaných výkladových vzorců do klinického materiálu podrobněji rozpracovává například Joseph Sandler (implicitní teorie, 1983), Ronald Britton a John Steiner (přeceněné myšlenky, 1994) nebo Arnold Rothstein (diagnostikování jako analytikovo protipřenosové odehrání, 2002). Tento typ profesní rigidity závislý na délce zkušenosti může vysvětlovat to, že manualizovaný rozhovor si snáze osvojují studenti a začínající klinici než zkušení psychoterapeuti, kteří jsou zvyklí na své postupy (Sandell a Wilczek, 2016).

Metodika CHAP má také některá omezení. V 80. letech minulého století ve Švédsku silně dominovalo psychoanalytické a psychodynamické uvažování a CHAP vyrůstá z teoretického rámce psychoanalytického pojetí klinického případu. Tento původní psychoanalytický otisk zůstává přítomný v technice vedení rozhovoru i pojetí jednotlivých subškál prožitkové změny. Týká se to zejména náhledu a základního konfliktu, které jsou více odvozené z psychoanalytické teorie. Přímému pozorování jsou naopak lépe dostupné symptomy, adaptační schopnost a mimoterapeutické faktory. Umožňují posuzovat prožitkovou změnu i nepsychodynamicky vzdělaným klinikům a výzkumníkům nejen v psychoterapii, ale například i při hodnocení prožitkové změny u farmakoterapie.

Otázky prožitkové změny zajímají psychoterapeuty napříč jednotlivými směry. Zkušenost italských kolegů ukazuje, že CHAP je systém otevřený modifikacím i pro jiné psychoterapeutické školy a obsahuje panteoretické prvky. Autor CHAP metody přiznává, že se jeho postoj k výchozí psychoanalytické teorii změnil. Příkladem je subškála *nevyrěšený základní konflikt*, která ze všech subškál nejvíce vychází z psychoanalytické teorie nevědomého konfliktu. Dnes ji Sandell chápe nejen v užším psychoanalytickém pojetí jako stále, někdy až nutkavé opakování určitého chování, percepčních, kognitivních a afektivních schémat na pozadí specifického nevědomého konfliktu. V širším slova smyslu je možné podle něj tuto subškálu pojímat jako soubor rigidních přesvědčení, postojů a návyků, které se v prožitku terapeutické změny uvolňují a pacient se stává otevřenější (R. Sandell, osobní sdělení, 11. 1. 2019). Zbývá

však ještě ověřit, které směry a formy psychoterapie jsou vhodnější k CHAP škálování a které méně.

Nejvýraznějším omezením metody je škálování míry *prožitku změnil jsem se*. Převedení intuitivního odhadu posuzovatele do číselné podoby závisí na jeho subjektivitě. Ta vyžaduje zaškolení a získávání zkušenosti ve skupině, která se systematicky věnuje rozboru klinických ukázek. Spolehlivost shody posuzovatelů v takových skupinách je v opakovaných hodnoceních vysoká již po absolvování dvoudenního kurzu (Sandell a Wilczek, 2016). Základem spolehlivého hodnocení je respektování definic a příkladů uvedených v CHAP manuálu. Spolehlivost hodnocení naopak snižuje předběžné porozumění, co jednotlivé pojmy a subškály znamenají, a nahrazení manuálové definice osobní představou a interpretací. Dodržování manualizovaných principů (adherence) se však neliší od posuzování a kvantifikace klinických jevů posuzovaných jinými metodami, například *Škálou celkového klinického dojmu* (CGI) nebo *Škálou pozitivních a negativních příznaků schizofrenie* (PANSS). Při intuitivním odhadu je zapotřebí respektovat meze kvantitativního vyjádření a fakt, že některé aspekty prožitékové změny nejsou standardizovatelné.

Kvalitativní rozbor i kvantitativní škálování jsou nevyhnutelně ovlivněny protipřenosovými reakcemi tazatele i posuzovatele, jejich celkovou emoční odezvou na pacienta, interakci s tazatelem i na prezentovaný materiál, které hodnotící skupina společnou diskusí zohledňuje a podrobuje otevřené reflexi. Posuzování omezuje také to, pokud tazatel nebo posuzovatel pacienta znali před začátkem léčby. Za chybné vedení rozhovoru se považují cílené dotazy na pacientovy dřívější zkušenosti nebo problémy před zahájením léčby na počátku rozhovoru, pokud je pacient sám neuvede. *Prožitek změnil jsem se* by se neměl vztahovat k tomu, jak se pacient cítil před zahájením léčby, pokud on sám toto porovnání spontánně neučiní. V porovnání s konvenčními dotazníky je v případě CHAP potřeba citlivěji zacházet s důvěrnými informacemi, zejména při publikování kazuistik.

CHAP je vědecky a klinicky použitelnou metodou, která je časově nenáročná pro pacienty. Díky své podobnosti s terapeutickou hodinou ji pacienti dobře snášejí a využívají k upevnění dosažených změn po ukončení léčby. CHAP lze využívat ve studiích s malým vzorkem účastníků, které jsou administrativně méně náročné. Ve studiích s velkým vzorkem lze CHAP použít u vybraných případů, u nichž je z nějakého důvodu žádoucí důkladněji porozumět procesu změny. V běžné klinické praxi může psychoterapeut CHAP využívat jako zdroj zpětné vazby, jiného porozumění procesu terapie, a otvírat nové inspirativní linie úvah o svých pacientech.

Příklad využití CHAP v běžné klinické praxi³

Retrospektivní metody včetně CHAP představují legitimní výzkumnou perspektivu, která dobře doplňuje tradičnější prospektivní metody sledování změny v psychoterapii (*routine outcome monitoring*). Z tohoto důvodu je výhodné kombinovat CHAP s kvantitativními nástroji, jejichž výsledky může zajímavým způsobem obohatit (Roubal et al., 2018).

CHAP je ale možné použít i samostatně. Zásadní výhodou je velmi jednoduchý sběr dat, který nijak nezasahuje do průběhu terapie. Psychoterapie probíhá zcela obvyklým způsobem, pouze při posledním sezení se terapeut klienta zeptá, zda by byl ochoten s odstupem několika měsíců poskytnout rozhovor výzkumníkovi, což je možné například i přes Skype. Pokud klient souhlasí, terapeut předá výzkumníkovi na klienta kontakt a již se víc o sběr ani o zpracování dat nestará.

I takto jednoduché výzkumné uspořádání přináší zajímavé informace zejména o vývoji změn u klienta v čase po terapii. Zejména pak poskytuje cennou zpětnou vazbu, kterou terapeut při běžné práci téměř nikdy nedostává. Klienti po skončení terapie odcházejí a většinou nemáme možnost zjistit, jak se jim daří a co se jim z terapie hodí v jejich dalším životě. Díky CHAP má terapeut možnost se dozvědět, co z toho, čemu se terapie věnovala, později s odstupem po skončení terapie klientovi v životě pomáhalo a jak. Uvedeme zde příklad takto jednoduchého výzkumného uspořádání, abychom ukázali, jak CHAP může zachytit komplexnost změny a její smysluplnost pro klienta.

Veronika je 33letá žena, která nemá žádnou předchozí zkušenost s psychoterapií. Žije s partnerem a jejich dvouapůlletou dcerou. Zároveň již 3 roky udržuje paralelní vztah. Veronika pracuje v menší firmě, obvykle 12 hodin denně. Měsíc před započítím terapie měla dvě panické ataky, kvůli kterým byla krátce hospitalizována. Začala užívat antidepresiva i anxiolytika a byla jí doporučena psychoterapie. Následně absolvovala celkem 18 psychoterapeutických sezení s psychoterapeutem vzdělaným v gestalt terapii. Psychoterapie se podle potřeb klientky zaměřila na tři základní témata: zvládnání úzkosti (pokud možno bez léků), nerozhodnost (zejména v oblasti partnerských vztahů) a nové uspořádání životních priorit. Výzkumník vedl s Veronikou CHAP rozhovor třikrát v odstupu 7, 11 a 18 měsíců po skončení psychoterapie. Uvádíme zde několik příkladů, které ilustrují přínos retrospektivního dotazování a zejména výhody opakovaného prozkoumávání klientovy zkušenosti po skončení psychoterapie.

³ Text tohoto oddílu je upraveným překladem části článku *Retrospective client interviewing can inform clinicians' practice and complement routine outcome monitoring* (Roubal et al., 2018). Děkujeme R. Hytychovi, který ke zde uvedeným kazuistickým příkladům přispěl sběrem dat a jejich analýzou.

Veronika přišla do terapie původně s tím, že se prostě chce zbavit nepříjemných tělesných prožitků spojených s úzkostí a bezdůvodného strachu z toho, co by se jí mohlo přihodit. Opakované retrospektivní CHAP rozhovory umožnily sledovat, jak se postupně v průběhu terapie proměňoval její postoj k těmto původním symptomům, které ji do terapie přivedly. Původně je vnímala jako něco, co destruktivním způsobem vpadlo do jejího jinak v zásadě dobrého fungování. Nečekaně a z nepochopitelných důvodů se jí „udělalo špatně“ a vyřadilo ji to provozu.

V prvním CHAP rozhovoru po skončení psychoterapie Veronika oceňovala, že v psychoterapii svým symptomům porozuměla a naučila se je „zvládat“. Prvním krokem bylo, že si je dala do souvislosti se svým vysokým pracovním nasazením. V rozhovoru s výzkumníkem vysvětlovala, jak pro ni bylo významné zjištění, že její úzkost a panické ataky souvisí s pracovním přetížením. Uvedla, že i sedm měsíců po skončení terapie se stále učí dávat pozor na svoji omezenou kapacitu. Naučila se tedy své nepříjemné prožitky chápat jako varování, jako signály, kterými ji její tělo upozorňuje, že by měla zpomalit. Protože je nyní schopna tyto signály registrovat včas, postupně si vypracovává schopnost zpomalit ještě předtím, než dojde k přetížení.

Ted' si to musím hlídat (...). Já mám sklony k tomu být hyperaktivní, ale teď už to je tak, že když jsem moc unavená, tak se mi začne ten strach v podstatě vracet. Tak musím říct, že si to musím hlídat. Ale zas je to takovej signál (...). Vím aspoň, že to tělo mi dává ten signál. Předtím jsem si toho nebyla vědoma a prostě jsem to neposlouchala a teď mi to jasně dá najevo. Jako pozor, zpomal... Takže i to mě v podstatě ta terapie naučila. Zpomalit, aby mi nebylo špatně zase.

O čtyři měsíce později při druhém CHAP rozhovoru Veronika uvedla, že začíná poznatkům z terapie rozumět ještě jinak a objevuje nové způsoby, jak dovednosti získané v terapii používat. K používání nové dovednosti „zpomalování“ ji původně vedla obava z toho, že by se její symptomy mohly vrátit. Postupně ji však rozpracovávala dál. Uvědomila si, že když zpomalí v určitý vhodný okamžik, podaří se jí uvolnit se a v důsledku toho je pak i efektivnější. Díky tomuto zjištění pak začala používat novou dovednost „zpomalování“ ne kvůli strachu z návratu symptomů, ale kvůli praktickým výhodám, které jí to přinášelo v běžném životě.

V práci a asi i doma, s nějakým úklidem nebo tak něco, já mám sklon vyhledávat co nejvíc aktivit. Ale řekla bych, že se to fakt zlepšilo, že se to zmírnilo a že s tím dokážu líp pracovat teďka. V podstatě, když se přetáhnu, tak to tělo mi jasně dá najevo, že prostě dál ne. A i to jsem se naučila vlastně tou psychoterapií rozeznávat, že to tělo dává takový ty signály, který bych měla vnímat. (...) Navíc jsem zjistila, že třeba v práci stihnu i mnohem víc věcí za kratší dobu, jsem v podstatě klidnější, jsem

koncentrovanější, než jsem byla dřív, takže... V podstatě to funguje, prostě jde to. Takže... jo, dokážu si tak nějak ten čas líp užít.

Rozhovor s výzkumníkem sedm měsíců po skončení terapie ukázal, že Veronika nejen proměnila svůj přístup k původním symptomům a začala je chápat jako důležité signály toho, že se vyhýbá rozhodování a oddaluje přijetí zodpovědnosti za své rozhodnutí. Ukázalo se, že z pouhého „zvládání“ nepříjemných symptomů se postupně stal dobře integrovaný zdroj její vlastní kompetence. To, co se naučila původně kvůli zvládání symptomů, nyní používá ve svém životě jako užitečné, a dokonce radostné nové způsoby vlastního fungování.

Klientka: Vzpomenu si ještě na tu terapii, hlavně třeba si vzpomínám na to, co jsme s panem doktorem našli jako způsoby, cesty, který mi pomáhaly od těch stavů, když mi bylo špatně. Dneska teda, zaplat' pánbůh, už se mi špatně nedělá, ale řekla bych, že u těch cest, který mi pomáhaly, že jsem zůstala.

Výzkumník: A k čemu jsou vlastně dneska vhodný, k čemu je používáte? Pokud už se vám nedělá špatně jak tenkrát...

Klientka: Tak v podstatě mi to dělá radost. Takovej dobrý pocit, baví mě to, jo. Něco se stalo v podstatě mým koníčkem, takže... Jo, řekla bych, že mi zůstalo... ne všechno samozřejmě, ale něco z toho jsem si vybrala, co prostě mě těší a používám to do dneška.

Veroničina práce s původními symptomy však pokračovala ještě dále. V terapii zjistila, že na vzniku úzkosti se z velké míry podílí její neschopnost rozhodnout se sama za sebe. To se jí stávalo v běžných každodenních situacích a průběžně to zvyšovalo její celkové napětí. Nejvíce to ale bylo patrné v oblasti partnerských vztahů. Bylo pro ni silně stresující zůstat se dvěma partnery a zároveň se několik let nedokázala rozhodnout, se kterým z nich chce dál žít.

Veronika tedy díky terapii nahlédla, že symptomy nevpadají do jejího života náhle a nepochopitelně, ale že určitým konkrétní způsobem souvisí s tím, jak sama svůj život utváří. V souvislosti s tím se pak s delším odstupem po terapii, jak rozvádí v druhém CHAP rozhovoru 11 měsíců po skončení terapie, postupně naučila užívat si nejen nové naučené způsoby zvládání, ale dokonce i samotné nepříjemné zkušenosti. Začala symptomy oceňovat jako způsob, kterým zmobilizovala své vlastní zdroje, když potřebovala udělat zásadní životní rozhodnutí.

Klientka: Je to takový... jako že je člověk prostě spokojenej. Spokojenost v tom vztahu. Že jsem se rozhodla, jak chci žít. Je to moje rozhodnutí (...) což je důležitý, to mi taky ta psychoterapie přinesla, opravdu se naučit rozhodovat.

Výzkumník: Jak jste se to vlastně naučila?

Klientka: No, naučila jsem se to tak, že... mhm... v podstatě jsem chtěla, aby mi nebylo špatně. Takže ty stavy, kdy mi bylo zle, mě donutily k tomu se to naučit.

Nakonec Veronika 18 měsíců od ukončení terapie vypráví o tom, jak jí v terapii získaná schopnost pomohla rozhodnout se mít se svým partnerem další dítě. Můžeme tedy shrnout, že v terapii se Veronika naučila zacházet se svými nepříjemnými prožitky novým způsobem. Ty se postupně stávají příležitostmi k učení a zdrojem klientčiny vlastní kompetence. Dochází ke změně jejího navyklého vzorce spojeného s nerozhodností. Vhled a kompetence, které Veronika získala v terapii, se i dále po skončení terapie rozvíjejí a ona tak získává nejen dovednosti zvládat své prožívání, ale zároveň se proměňuje i způsob, jak prožívá sama sebe ve svém životě a ve vztazích s druhými.

Ukazuje se zde, jak CHAP interview dokáže zachytit konfigurační změnu (*configuration change*), tedy jak jinak klientka sama sebe po terapii prožívá. CHAP interview dále umožňuje sledovat, jak se klientovi dařilo konfigurační změnu posléze přetvořit do nových způsobů interpersonálního fungování. Je také možné sledovat i opačnou dynamiku, tedy jak klientovi blízcí napomohli dotáhnout změny dál a upevnit je v klientově životě po terapii.

Veronika velmi zdůrazňovala, jak pro ni bylo důležité využít svoji zkušenost z psychoterapie k tomu, aby změnila vztahy se svými blízkými. Změny z terapie se projevíly v jejím vztahu s dcerou i s přítelem. Veronika také zjišťovala, že ji velmi podpořilo, když její blízcí ocenili změny, které udělala.

Moje mamka říkala, že jsem vlastně neměla už ani moc zájem o dceru před tím [než jsem byla v nemocnici a začala chodit na terapii]. Takže i kvůli ní [dceři] jsem ráda, že prostě mě baví s ní něco dělat, něco podnikat. (...) Přítel, ten mi to řekl rovnou, že... že se se mnou dá zase bavit a že v podstatě jsem taková rozhodnější (...). I v tom vztahu se to promítlo, protože jsme byli dá se říct před rozchodem. Takže určitě bych řekla, že v tomhle je to dost vidět, že prostě ten vztah funguje tak, jak má. Takže bych řekla, že jsme oba spokojení.

CHAP rozhovor je možné využít i pro reflexi terapeutického vztahu. Výzkumník se doptává i na to, jak klient vnímal terapeuta a v čem to pro klienta bylo důležité. V případě Veroniky se ukázalo, že různé aspekty terapeutického vztahu klientce pomáhaly v různých fázích psychoterapeutického procesu.

Veronika na svého terapeuta vzpomínala jednak jako na odborníka a také jako na přítele. Odborník byl pro ni důležitý na začátku terapie. V té době si připadala nejistá

a neschopná dělat vlastní rozhodnutí, hledala radu a názor autority. Z retrospektivních CHAP rozhovorů víme, že tento aspekt terapeutického vztahu postupně přestával být důležitý a po skončení terapie již Veronika terapeuta jako odborníka nepotřebovala.

Nicméně Veronika vnímala terapeuta také jako „*spojence v mé nemoci*“. Oceňovala přátelskou atmosféru psychoterapeutických sezení, která jí umožňovala prozkoumávat své prožitky a nacházet sebedůvěru potřebnou pro vlastní samostatné rozhodování. Terapeut pro Veroniku zůstával důležitý i po skončení terapie právě kvůli tomuto přátelskému spojení. Jednak byla vzpomínka na „*přátelství*“ s jejím terapeutem stále přítomná i při výzkumných rozhovorech po terapii. A také se Veronika mohla přímo utvrdit ve změnách, kterých dosáhla po terapii, tím, že terapeutovi čas do času poslala zprávu, jak se jí daří.

Na uvedených příkladech se ukazuje, jak CHAP dokáže zachytit jedinečnou informaci, kterou by šlo velmi těžko získat jiným způsobem. Jedná se o popis toho, jak klientka v průběhu času po skončení terapie průběžně propracovává, co si z terapie odnesla, a různými způsoby to postupně zapracovává do svého každodenního života. CHAP rozhovory navíc umožňují znovu a jinak oslovit vhléd a získané dovednosti. S odstupem po ukončení terapie výzkumník explicitně pojmenovává to, co si klient osvojil implicitním způsobem. Výzkumný rozhovor tedy kromě toho, že vytváří bohatá a detailně zaměřená data, může také hrát aktivní roli v upevňování změny, kterou klient v psychoterapii dosáhl.

Při výzkumném rozhovoru tak Veronika vzpomínala na jeden zážitek zaplavujícího strachu, který se objevil přímo při psychoterapeutickém sezení a který také při sezení s terapeutem zvládli. Když tento zážitek s výzkumníkem prozkoumávali, Veronice to umožnilo více si uvědomit vlastní kompetenci zvládat strach, kterou si z terapie odnesla.

Výzkumník: A na to si dovedete vzpomenout, co to bylo, co to vlastně tomuhle pomohlo? Jak se to tam tenkrát dělo?

Klientka: On v podstatě [terapeut] mi pomáhal najít myšlenku, která mně vyvolává ty pocity strachu... Že jsme se na to snažili přijít, a nakonec opravdu jsme se dopracovali k tomu (...) – jednou se mi udělalo špatně i na sezení z toho (...) – jak hledat nějaký ty metody, jak to prostě zvládnout, no... co by mně pomáhalo se toho zbavit.

Výzkumník: Když jste teď zmínila, že máte vzpomínku, jak se vám udělalo tenkrát i špatně tam [na sezení]. Jaký to bylo tenkrát a co se s tím tenkrát dělo? Chcete se tomu chvilku věnovat, je to možný?

Klientka: Jo, určitě... No, v podstatě jsme narazili na nějakou myšlenku, a já jsem zjistila, že opravdu po ní se zase objevil takovej ten pocit strachu, prostě taková ta

vlna strachu... Tak jsem musela chodit po ordinaci [lehké zasmání], abych se nějak uklidnila, aby to přešlo.

Výzkumník: Koho to napadlo, to chození?

Klientka: No spíš mne. To bylo takový intuitivní, že jsem se musela zvednout a musela jsem přecházet sem tam, aby se to nějak jakoby urovnalo... Takže jsem si to vyzkoušela [přímo na sezení] sama na sobě, jak to funguje.

Výzkumník: A co se s tenkrát s tím strachem stalo pak, když jste pak přestala chodit?

Klientka: No, asi jsem zas začala dělat něco jinýho, začala jsem myslet na něco jinýho. Asi jsem na to zapomněla, ta myšlenka zmizela a zase to bylo dobré, jo.

Příklad Veroniky ukazuje, jak je možné data z retrospektivního rozhovoru CHAP zpracovat kvalitativním způsobem tak, abychom získali jedinečnou zpětnou vazbu o tom, co z terapie bylo klientce opravdu užitečné v jejím životě po ukončení léčby. Stejná data je také možné v rámci metody CHAP zpracovat kvantitativně. Připomeňme, že kvantitativní hodnocení změn v souladu s manuálem prezentovaným v této publikaci probíhá na čtyřech rovinách (změny symptomů, adaptační kapacity, náhledu a nevyřešeného základního konfliktu). Změna může v každé z nich nabývat hodnot mezi 0 (žádná či nevýrazná změna) a 1 (velká, zřejmá změna). Uvádíme zde příklad hodnocení rozhovoru, který výzkumník s Veronikou vedl sedm měsíců po ukončení psychoterapie:⁴

Klientka se v zásadě může opět cítit spokojená a také její partner i matka si té změny všimli. Klientka vidí změnu v tom, co pro ni dříve bylo problémem: rozhodovat se. Teď si připadá rozhodnější. I když se při rozhodování může splést, ví, že je potřeba, aby se rozhodnutí učinila. Cítí se také méně svázaná povinnostmi a tím, co by se mělo. Více se dokáže řídit vlastním přáním, což jí přináší pocit svobody. Z rozhovoru se zdá, že to spojuje se vztahem ke svému příteli. Dříve měla pocit, že by ho měla opustit, ale jejich vzájemná komunikace se zlepšila, jsou k sobě otevřenější a tráví spolu více času. To souvisí s tím, že se klientka přestala tolik vázat na svoji práci. Přerovnála své hodnoty a místo práce má teď na prvním místě klidný rodinný život.

Další důležitou změnou je, že zmizela její dřívější emoční prázdnota. Opět je schopná vnímat pocity, cítit lásku, štěstí a podobně. Můžeme to považovat za změnu v oblasti symptomů, ale také za změnu v oblasti vhladu, protože pocity lze pokládat za kompas pro náš život. Je zde ale jedna emoce, a to je hněv, kterou se jí nepodařilo oživit. Není schopná hádat se, nebo dokonce zakřičet na druhé lidi.

⁴ Posuzování provedl autor metody CHAP. Uvádíme také jeho vysvětlení, jak ke konečnému kvantitativnímu zhodnocení dospěl.

Klientka je sice ráda, že jí již není špatně, stále ale přetrvává nepříjemná obava, že se to může vrátit. Proto se zabezpečuje a stále spoléhá na medikaci, i když v menší dávce a méně často [což považuje za velký úspěch]. Tato nejistota a pocit závislosti na lécích ji očividně velmi trápí. Případá jí, že je zde stále riziko, že nebude schopna fungovat bez léků. Zdá se, že efekt léků není na v úrovni jejich biologického působení, ale spíš psychologický a nezávislý na psychoterapii. Z tohoto důvodu je hodnocení změny na úrovni symptomů nižší: 0,30.

Její závislost na lécích také znamená, že si ještě nevytvořila efektivní adaptivní způsoby, jak zvládat svůj strach. Na druhou stranu však byla schopná spolu s terapeutem rozpoznat myšlenky, které strach spouštěly. Byla překvapená, že její myšlenky mohou mít takový dopad. Zdá se, že strach se objevuje, když je unavená. Nyní je díky terapeutovi schopná se uvolnit, odpočívat a celkově zvolnit. Našla si vlastní způsoby, jak na to. To je zřetelně spojené se schopností užívat si své zájmy a koníčky, na zahradě, u včel nebo při čtení. S ohledem na užívání léků je změna na úrovni adaptivní kapacity hodnocena 0,40.

Pokud jde o vhled, je třeba ocenit spojení, které našla mezi myšlenkami a strachem, a podobně schopnost vnímat tělesné signály „o hodně lépe než předtím“. S vhledem také souvisí její vnímání pocitů. Když pociťuje „nechuť“, uvědomuje si nyní, že tento pocit souvisí s něčím, co vlastně dělat nechce a do čeho se nutí. A ještě jiný vhled představuje její uvědomění toho, jak obtěžující a zatěžující může být pro ostatní, když je nemocná a potřebuje terapii. Z těchto důvodů je změna na úrovni vhledu hodnocena 0,50.

Na závěr základní konflikt. V rozhovoru nelze nalézt odpovídající data, proto je hodnocení 0. Nicméně, na druhé straně, pokud předpokládáme vliv vnitřních latentních konfliktů, zdá se zřejmé, že výše zmíněné změny na úrovni symptomů, adaptivní kapacity a vhledu by nenastaly bez určitého vyřešení některých konfliktů.

Některé věci mimo terapii je možné považovat za „body obratu“. S partnerem si koupili dům a přestěhovali se. Zkrátila si pracovní dobu – a zjistila, že stihne stejné množství práce. Obě tyto změny pravděpodobně přispěly k tomu, že se cítí o tolik lépe. Zároveň ale tyto změny mohly být důsledkem toho, že se v terapii proměnily její hodnoty a nasměrovaly ji od práce k rodinnému životu a zahradničení. Proto tyto faktory nepovažujeme za mimoterapeutické, ale za skrytý efekt terapie.

Celkový skór stanovený na základě těchto dílčích skórů je roven $(0,3 + 0,4 + 0,5 + 0,0) / 4$, tedy 0,3, což odpovídá málo výrazné změně. Vzhledem k tomu, že nebyly nalezeny žádné mimoterapeutické faktory, které by proces změny ovlivnily nezávisle na terapii samotné, není potřeba hodnotu výsledného skóru nijak korigovat. Je patrné, že zatímco kvalitativní rozbor změny poskytuje terapeutovi jedinečnou zpětnou vazbu o konkrétní klientce, číselné vyjádření zase usnadňuje porovnání klientů mezi sebou či ve vztahu k obecnějším „normám“.

Jak jsme ukázali na předchozích příkladech, retrospektivní CHAP rozhovory mohou vhodně doplnit tradiční prospektivní metody sledování změny v psychoterapii.

Nabízí vysvětlení konkrétního úspěchu či selhání psychoterapie a poskytují porozumění klientovým změnám z hlediska jejich dlouhodobého vývoje a na různých úrovních. CHAP také představuje dobrý příklad smysluplného propojování výzkumu a praxe. Psychoterapeuti bez výzkumného zázemí a zkušeností se mohou účastnit výzkumu CHAP jednoduše tím, že nabídnou své případy ke sběru dat. Odměnou jim bude zpětná vazba na jejich práci, která je založená na výzkumu a kterou jinak v běžné praxi nemají šanci získat. V běžné praxi zůstává velké množství často povzbuzujících údajů psychoterapeutům skryto. Z hlediska propojování výzkumu a praxe se CHAP také jeví jako slibná metoda umožňující zahrnout výzkum do psychoterapeutických výcviků a supervize jednoduchým a smysluplným způsobem.

Literatura

- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
- Britton, R., & Steiner, J. (1994). Interpretation: Selected fact or overvalued idea? *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 1069–1078. Česky vyšlo: Britton, R., & Steiner, J. (2018). Interpretace: Zvolený fakt, nebo přeceněná myšlenka? *Rev. psychoanal. psychoter.*, 20(1), 101–111.
- Desmet, M. (2018, June). *The validity of outcome measures*. Paper presented at the 49th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Amsterdam, Netherlands.
- Doran, J. M., Westerman, A. R., Kraus, J., Jock, W., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2015, June). *Do all roads lead to Rome? A critical analysis of agreement and divergence in qualitative and quantitative descriptors of change*. Poster presented at the 46th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Philadelphia, PA, USA.
- Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). *Client Change Interview*. Retrieved from <http://www.drbrrianrodgers.com/research/client-change-interview>
- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J., & Sandell, R. (2007). Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 629–674. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020401>
- Fokkema, M., Smits, N., Kelderman, H., & Cuijpers, P. (2013). Response shifts in mental health interventions: An illustration of longitudinal measurement invariance. *Psychological Assessment*, 25(2), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0031669>
- Hardtke, K., & Angus, L. E. (2004). The Narrative Assessment Interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. E. Angus & J. Mcleod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 247–262). London: Sage.
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, 50(1), 68–76. <https://doi.org/10.1037/a0030571>
- Krampen, G. (2010). Direct measurement of psychotherapeutic outcomes: Experimental construction and validation of a brief scale. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 52(1), 29–47.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.

- McLeod, J. (2017). Qualitative methods for routine outcome measurement. In T. Rousmaniere, R. K. Goodyear, S. D. Miller, & B. E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 99–122). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Neusar, A. (2014). To trust or not to trust? Interpretations in qualitative research. *Human Affairs*, 24(2), 178–188. <https://doi.org/10.2478/s13374-014-0218-9>
- Pires, P. P., Gonçalves, J., Sá, V., Silva, A., & Sandell, R. (2016). Assessment of change in psychoanalysis: Another way of using the Change After Psychotherapy scales. *J Am Psychoanal Assoc.*, 64(2), 285–305. <https://doi.org/10.1177/0003065116644743>
- Rodgers, B., & Elliott, R. (2015). Qualitative methods in psychotherapy outcome research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 559–578). Wien: Springer.
- Rothstein, A. (2002). Reflections on creative aspects of psychoanalytic diagnosing. *Psychoanal. Q.*, 71(2), 301–326.
- Roubal, J., Řiháček, T., Čevelíček, M., Hytych, R., & Holub, D. (2018). Retrospective client interviewing can inform clinicians' practice and complement routine outcome monitoring. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 294–320. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1058>
- Sandell, R. (1985). Influence of supervision, therapist's competence, and patient's ego level on the effects of time-limited psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 103–109. <https://doi.org/10.1159/000287900>
- Sandell, R. (1987a). Assessing the effects of psychotherapy. I. Analysis and critique of present conventions of estimating change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 29–36. <https://doi.org/10.1159/000287995>
- Sandell, R. (1987b). Assessing the effects of psychotherapy. II. A procedure for direct rating of psychotherapeutic change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 37–43. <https://doi.org/10.1159/000287996>
- Sandell, R. (1987c). Assessing the effects of psychotherapy. III. Reliability and validity of „Change after Psychotherapy“. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 44–52. <https://doi.org/10.1159/000287997>
- Sandell, R. (1987d). Assessing the effects of psychotherapy. IV. The incompatibility between the logic of the experiment and the nature of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 53–58. <https://doi.org/10.1159/000287998>
- Sandell, R. (2015a). Change After Psychotherapy (CHAP): Un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX(4), 595–628. <https://doi.org/10.3280/PU2015-004004>
- Sandell, R. (2015b). Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales: Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 32–49. <https://doi.org/10.7411/RP.2015.111>
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carisson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001). Rozdíly v dlouhodobých výsledcích u pacientů v psychoanalýze a dlouhodobé psychoterapii. *Rev. psychoanal. psychoter.*, 3(2), 5–23.
- Sandell, R., & Wilczek, A. (2016). Another way to think about psychological change: Experiential vs. incremental. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 18(3), 228–251. <https://doi.org/10.1080/013642537.2016.1214163>
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int. J. Psycho-Anal.*, 64, 35–45.
- Thornton, J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *BMJ*, 361, k2681. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2681>
- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.
- Williamson, G. R. (2005). Illustrating triangulation in mixed methods nursing research. *Nurse Researcher*, 12(4), 7–18.
- Zatloukal, L. (2012). *Komunikace v psychotherapeutické praxi a terapeutická změna* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://theses.cz/id/ay9yk/00181958-296271926.pdf>

Manuál CHAP

Rolf Sandell¹

Změna a její měření

Tradiční způsob posuzování změny se provádí tak, že se zkoumané oblasti pomocí měřicího nástroje hodnotí před stanovenou léčbou, intervencí nebo událostí, a poté se znovu stejným nástrojem měří stejná oblast také po léčbě. Následně se vypočítá rozdíl dvou hodnot odečtených na hodnotícím nástroji (Sandell, 1987a). Tento způsob se opírá o myšlenku, že ke změně dochází kontinuálně, tedy že změna je kvalitativně stejná po léčbě i před ní. Jinak řečeno, pokud je naměřená hodnota po léčbě stejná jako naměřená hodnota před ní, tak tyto dvě identické hodnoty mají stejný význam (Lord, 1967). Podle této logiky odlišné hodnoty představují čistě kvantitativní změnu v jediném významovém rozměru. V psychologické teorii měření je několik sporných věcí (jen málo věcí probudilo tak rozsáhlé diskuse), jako je tento způsob měření změny (Harris, 1967). Diskuse se především týkala toho, jak měřit rozdíl mezi hodnotami po léčbě (*postmeasurement*) a před léčbou (*premeasurement*), aby bylo nezávislé na úvodním měření před zahájením léčby (*premeasurement*), tzn. na základních hodnotách (*baseline*) dané osoby, aniž by došlo k oslabení reliability (Bereiter, 1967).

Posouzení kvantitativní změny je sporná věc nejen z hlediska způsobu měření, ale také jeho podstaty. Rozhodující je předpoklad, že cokoliv se chystáme měřit, je po intervenci kvalitativně totožné s tím, co měříme před jejím zahájením. Toto tvrzení vychází z předpokladu, že v učení a dalších procesech dochází ke změnám v kvantitativních krocích směrem dopředu, či zpět bez toho, že by se znalosti, psychické schopnosti nebo odpovídající funkce měnily. Národným modelem může být stavění zdi vrstvením identických cihel. Nicméně pokud se člověk učí nové věci nebo se jinak

¹ Department of Psychology, Lund University, Stockholm.

mění, častěji dochází ke kvalitativní změně. Člověk se mění tím, že je jiný nebo něco dělá jinak než dřív, ať už to bylo cokoliv. Nemění se tak, že by byl nebo dělal něco více či méně. Je pravda, že v uvedené změně lze najít nebo objevit také kvantitativní aspekty, například že se něco děje rychleji nebo přesněji po intervenci než před ní. Co je ale důležité, že se na učení díváme kvalitativně, nové schopnosti se utvářejí odlišně; jsou odlišně strukturované či organizované. To je velmi důležitý rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním pohledem na změnu. Funkce, která se změnila, *není více, ale je jiná*. V každodenním životě pro to existuje mnoho příkladů, například když upravíte interiér vašeho domu, když změňte styl oblékání, nebo když si koupíte nové oblečení, stejně tak jako když přepisujete text.

Právě díky této „jinakosti“ spíše než „mnohosti“ je psychoterapeutickou změnu tak obtížné kvantifikovat. Je pravda, že úroveň fungování je kvantitativní koncept stejně tak jako závažnost poruchy nebo symptomů. Se změnou osobnosti je to ale jiné. Skutečně důležitý parametr je „radikalita“, což znamená, že kvalitativní změna může být více či méně radikální, rozsáhlá nebo komplexní. Pokud přestavíte pokoj tím, že posunete židli, je to samozřejmě méně radikální změna, než když přesunete všechny kusy vašeho nábytku. Pokud upravíte všechny odstavce vašeho textu, jde bezesporu o radikálnější změnu, než když upravíte pouze jeden. Otázkou tedy je, jak zásadní změnu člověk po absolvování psychoterapie prodělal a jak ji s menší nebo větší přesností vyhodnotit? Lépe řečeno, existuje konkrétní kritérium, pomocí kterého určíme, jestli je změna měřitelná, přinejmenším v subjektivním slova smyslu. Jedná se o míru všech smyslových a vjemových prožitků, které u sebe posuzovatel obvykle nezná, například je překvapený nebo udivený, ohromený nebo zklamaný, hrdý nebo frustrovaný, či zaznamená jakýkoliv jiný prožitek, když stojí před někým, kdo se změnil k lepšímu, případně k horšímu. Posuzovatel bez ohledu na míru překvapení ji prožívá buď pozitivně, nebo negativně. V jiných situacích pokud nedošlo ke změně, zažívá nudu, netrpělivost, podráždění a další pocity. Zjišťuje, že všechno je přesně tak, jak bylo před tím, naděje na změnu daného člověka ho zklamala, propadá nedůvěře a bezvýchodnosti, protože se nic nezměnilo. Není to pouze nezávislý posuzovatel, kdo se takto cítí. Je jím také posuzovaný člověk sám, který se změnil, nebo nezměnil, a může se sám velmi podobně cítit ve vztahu k vlastní změně, či její absenci.

Jako příklad použijme situaci, kdy jdeme po ulici v novém oblečení. Aniž bychom se na sebe podívali v okně výlohy, cítíme se jinak, někdy trapně, někdy hrdě, ale v každém případě nějakým způsobem změnění. Tuto zkušenost můžeme poněkud nešikovně nazvat *prožitkem stavu – změnil jsem se*. Chceme zdůraznit, že nejde pouze o změnu samotnou, ale také o její dopady na prožitkové úrovni.

To je zkušenost, kterou mají někteří pacienti během psychoterapie nebo po její absolvování. Někteří se mohou více či méně změnit, být jiní než dřív. Například když si připustí, že to, jak se cítí a jak se mají nyní, ještě nezažili ani necítily nikdy

v minulosti, a když si uvědomí, že nerozumí způsobu, jak se dřív chovali či cítili. Jde tedy o pocit jakési podivnosti nebo odcizení ve vztahu k osobě, kterou kdysi bývali. Někdo se může cítit překvapený, potěšený, hrdý či zvědavý na nový způsob své existence a myšlení. Jednoduše člověk získá více či méně nový obraz sebe sama. Jde o základní pocit, protože se cítí jinak než před léčbou, a to je důležitý aspekt přítomnosti, nového sebeobrazu. Cítí se jako součást nového sebeobrazu, ale hlavně jako někdo, kdo aktivně způsobil změnu svého sebeobrazu. Psychoterapie a její dopady sehrávají důležitou roli v přepracování či přepsání osobní minulosti, kterou vědci stále více považují za základní proces v psychoanalýze nebo v psychoterapii.

Rozhovor po léčbě

Nyní popíšeme model pro hodnocení změny, který jsme vyvinuli v Psychoterapeutickém institutu ve Stockholmu. Model vychází z řady amerických studií, především Pfefferovy (1959), Schlessingerovy a Robbinsovy (1974) a dalších autorů, kteří se zabývali katamnestickými rozhovory (*follow-up interview*) po ukončení psychoanalýzy. Model se skládá ze dvou částí: z jednoho či více rozhovorů, a následného skórování na jejich základě. Rozhovory se zaměřují na pacientův subjektivní prožitek stavu *změnil jsem se* – nebo na to, že se nedostavil. Profesionál, který vede CHAP interview, pacienty podporuje, aby hovořili o tom, jak se cítí teď v porovnání s dobou před léčbou. Chce od pacientů, aby zhodnotili svoji současnou životní situaci ve vztahu k minulosti, jak se jejich život změnil od začátku psychoterapie či po jejím ukončení. Také se pacientů ptá, jak jim léčba prospěla. Zjišťuje, jakým způsobem se pacienti změnili přímo během terapie nebo po ní a zda zaznamenali, že si jejich okolí všimlo jejich proměny. Dále jaké události či vnější podmínky mimo terapii mohly ke změnám přispět, na jakou zvlášť významnou událost si pamatují, která se odehrála během terapie atd. Rozhovory jsou poměrně neformální, nestrukturované a z pohledu pacienta se zhruba podobají psychoterapeutickému² sezení. Liší se však od něho tím, že retrospektivní rozhovor má jasně stanovené ohnisko a tazatel se řídí určitými vodítky, která má buď napsaná, nebo si je pamatuje. Zkušenost s prožitkem změny lze také hodnotit v jednotlivých psychoterapeutických sezeních, která jsou zachycena v nahrávce, nebo z psychoterapeutických zápisků či podobných dokumentů. CHAP metoda slouží nejen pro výzkumné účely nebo k formálnímu hodnocení, ale mohou

² Vzhledem k rozšíření terapeutických profesí od vydání původního manuálu při překladu slov *therapist, therapeutic* užíváme specifitější výraz *psychoterapeut, psychoterapeutický*.

ji také využít psychoterapeuti, kteří by občas chtěli posoudit svoji práci a vývoj léčby. Obvykle jedna hodina stačí k získání poměrně úplné informace, pokud se provádí retrospektivní rozhovor mimo vlastní psychoterapii. Časová náročnost odráží pocity tazatele, zda již dosáhl dostatečného porozumění, nebo by potřeboval jít víc do hloubky. Není neobvyklé, že si tazatel již po půl hodině udělá jasný obrázek. Nicméně protože pacient často poprvé na vědomé a verbální úrovni chápe rozhovor jako příležitost k propracování a systematickému strukturování své psychoterapeutické zkušenosti, je vhodné nechat ho pokračovat, dokud nezískáme pocit, že dosáhl porozumění a sám může hovor ukončit.

Rozhovor po léčbě je volný či neformální. Zpravidla má tazatel psychoterapeutický výcvik či atestaci, je zkušeným psychoterapeutem nebo psychoanalytikem. Nestrukturovaný a nedirektivní přístup je výhodný, a to nejen proto, že na něj jsou bývalí pacienti zvyklí z terapie, ale také proto, že jej očekávají a snadno se mu přizpůsobí. Tento technický přístup dává tazateli možnost udělat si obrázek – i když ne přesnou repliku – toho, jaký byl pacient v terapii, což poskytuje užitečný materiál při samotném retrospektivním rozhovoru a následně během hodnocení rozhovoru. Rozhovor na povrchové úrovni probíhá jako psychoterapeutické sezení, ve kterém je aktivnější pacient. Z pochopitelných důvodů ale tazatel ve srovnání s terapeutem rozhovor více strukturuje a poskytuje vodítka, zejména na začátku, když pacientovi sděluje smysl a směr rozhovoru.

Rozhovor, který na první pohled vypadá jako psychoterapeutické sezení, se v něčem podstatně odlišuje. Psychoterapeuty to může svádět k tomu, aby fungovali psychoterapeuticky. Cílem rozhovoru je však získat informace, nikoliv navodit a prohloubit další změny. Je zapotřebí v relativně krátké době navodit dobře fungující spolupráci. Tazatel by měl nicméně zůstat neutrální, nezaujímat hodnotící postoj a zdržet se toho, aby pacienta uspokojoval lichocením, utěšováním, nebo se snažil získat si jeho přízeň či pochopení. Tazatel by samozřejmě také neměl k pacientovi přistupovat kriticky nebo lhostejně. Doporučuje se chovat se přátelsky, slušně, zaujímat lehce podpůrný postoj, aniž by byl tazatel nadšený či *přehnaně přátelský*. Spolupráce a spojení během rozhovoru se zakládá na upřímném a vážném zájmu o to, co pacient říká a jak popisuje svoji zkušenost. Pacienta podporujeme v tom, aby byl upřímný a otevřený, jak jen to bude během rozhovoru možné. Rozhovor sám o sobě by měl být podpůrný a povzbuzující, je však třeba se zdržet podpory a povzbuzování v otázkách, které s rozhovorem nesouvisí.

Je dobré mít na paměti v souvislosti s vedením retrospektivního rozhovoru protipřenosovou past. Mnoho bývalých pacientů bývá na začátku v odporu nebo nejsou ochotní ztrácet čas rozhovorem. Přínejmenším v úvodu ho nepokládají za něco, co by je mělo zajímat. Potřebují dostatek času, úsilí a pružnosti ze strany tazatele, aby s nimi navázal kontakt a našel takovou oblast, která bude dávat smysl pacientu i tazateli,

nebo ideálně bude vyhovovat bývalému pacientovi víc než tazateli. Dále se může stát, že bývalý pacient přijde na pohovor s pozůstatky negativního přenosu nebo s oprávněnou kritikou a zklamáním. Tyto okolnosti nevědomě provokují agresivitu tazatele nebo jeho obranu proti agresivitě, a mohou se projevat tendencí vlichotit se, předstíráním porozumění nebo přijetí. Na druhou stranu může tento protipřenos tazateli zabránit, aby pacienta přiměřeně konfrontoval. A, když je to na místě, žádal objasnění, upřesnění, vysvětlení a tak podobně.

Všechny případné intervence se hodnotí pouze ve vztahu k tomu, co je výhradním zájmem rozhovoru. Tazatel na začátku konfrontuje pacienta, aby vyjasnil protiklady, nejasné či matoucí informace. Konfrontací se také oslovují různé podoby odporu, který ze své definice znesnadňuje samotný rozhovor. Například tazatel může cítit, že pacient je během rozhovoru chlácholivý, nebo vzdoruje, je přehnaně bázlivý, podezřívavý, zmatený, nepřátelský, či naopak přehnaně milý, veselý, vtipkující, vmlouvající se do přízně, soucitný atd. Přitom to však nejsou jeho hlavní osobnostní rysy, váží se spíš k rozhovoru samotnému. V průběhu získávání informací je důležité se často doptávat a objasňovat již vyřčené. Lze to udělat pomocí otázky, shrnutí, úsudku, je možné požádat pacienta o jeho vlastní interpretace. Interpretacím by se měl obecně tazatel vyhýbat, spíše je používat v obecném a volném slova smyslu, například předběžně shrnout to, o čem si tazatel myslí, že mu pacient říká. Další situaci, kdy je vhodné použít interpretaci, představuje stav, když pacient ožívuje nebo rozehrává psychoterapeutický, resp. analytický přenos. Tazatel může otevřít téma, jak si nyní pacient představuje svoji bývalou terapeutku nebo analytičku v souvislosti s poznámkou, že přenosová situace se právě nyní odehrává (např. „Mám dojem, že byste nyní mohl předpokládat, že jsem stejný typ člověka jako byla vaše analytička – možná se dokonce domníváte, že *jsem* vaší analytičkou“). Jiný příklad pro použití interpretace je situace, kdy konfrontace nevede ke zmírnění odporu vůči přenosové situaci během retrospektivního rozhovoru. Jedná se o nový přenos na tazatele během rozhovoru, nikoliv oživení přenosu z předchozí léčby. Pacient se projevuje přehnaně a nekriticky pozitivně, lichotí nebo uklidňuje, případně je naopak k tazateli neúměrně negativní, nepřátelský a podezřívavý. Pacientův popis léčby obsahuje idealizace, znehodnocování, popírání, distancování, projekce atd. Tazatel by je měl v této podobě přijmout a nechat v podobě, v jaké ji pacient sděluje. Neměl by pacientův popis zpochybňovat nebo interpretovat, a vyjasnit jej pouze tehdy, pokud je to nutné. Tazatel by měl vždy pamatovat, že smyslem retrospektivního rozhovoru je porozumění přítomné zkušenosti současného nebo bývalého pacienta. Rozhovor nemá za cíl rozšířit či prohloubit pacientovo porozumění nebo jeho zkušenost.

Tazatel by neměl pacientovi sdělovat, že mu rozumí víc, než je tomu ve skutečnosti. Měl by se vyhnout formulacím typu: „Ano, chápu“, „Ano, rozumím“, pokud se jimi pouze snaží v pacientovi vyvolat pocit porozumění a spolupráce. Obvykle

„Hmm“ často stačí, zejména když jsou bývalí pacienti zvyklí to od terapeutů slyšet. Lehce naivní nebo nechápavý postoj je mnohdy vhodnější a snáze přiměje pacienta, aby se vyjádřil jasněji. Obdobně by se tazatel neměl nikdy spokojit s abstraktními, obecnými výroky o různých typech změn. Naopak by se měl neustále doptávat na konkrétní příklady a ilustrace jednotlivých událostí a případů. Ústředním motivem rozhovoru je otázka, jakými charakteristickými a konkrétními způsoby pacient prožívá zkušenost *změnil jsem se*. Pokud pacient zůstává soustavně nejasný, vyhýbavý nebo odpovídá stereotypně, jedná se o typickou formu odporu. Příkladem mohou být paušalizující, příliš obecná vysvětlení specifických událostí, nebo se pacient zaměří na to, co je obecné, typické, a používá žargon, atd. Pokud pacient říká, že je nyní v lepším kontaktu se svými pocity, že získal náhled na určitý vzorec svého chování, nebo pokud si myslí, že nyní funguje lépe než dříve, musí ho tazatel vybidnout, aby se vyjádřil určitějším způsobem. Docílí toho jednoduchými otázkami, jako například: „Jaké konkrétní pocity?“, „Jaké vzorce chování máte na mysli?“, „Jaké fungování myslíte?“ Pokud pacienti používají výrazy jako separační úzkost, paranoidní nebo fixace na něco, zeptáme se, co těmi slovy míní a co pro ně skutečně znamenají.

Je vhodné, aby tazatel zaujímal vyčkávací postoj a do rozhovoru nevnášel vlastní osobní záležitosti (např. rodinná, pracovní nebo sexuální témata, problémy nebo symptomy) ani psychoterapeutické otázky (osobnost terapeuta, ukončení, zklamání). A to ani když se pacienta týkají či jsou pro tazatele zajímavé, dokud není tazatel přesvědčený, že se na ně pacient nezaměří sám. Tazatel by měl pacientovi poskytnout dostatek času a například by neměl sám zmiňovat potíže před tím, než o nich bude chtít pacient mluvit sám. Je možné, že pacient už o svých dříve uváděných problémech aktivně neuvažuje. Když pacient původní symptomy nezmiňuje, jde o významnou informaci. Je samozřejmě důležité, jak pacientovy problémy vypadají nyní nebo jak jsou symptomy závažné. Avšak tazatel by se na ně mohl nepřiměřeně zaměřit i tehdy, když už pacienta nezaměstnávají. Špatné zkušenosti, jako je zklamání, beznaděj a neaplněná očekávání, jsou stejně důležité jako kladné zkušenosti úlevy, uspokojení a radosti. Na obě skupiny pocitů by se tazatel neměl ptát, dokud si není jistý, že o nich pacient sám nezačne mluvit. Techniku „trychtýře“ (od obecného ke konkrétnímu) uvádíme jako obecný a přiměřený princip vedení rozhovoru. Tazatel rozhovor zahajuje nezaměřeně a nedirektivně a postupně své směřování a zaměření zaostřuje, ale pouze do té míry, kolik pacient potřebuje k tomu, aby důležité informace dokázal s tazatelem sdílet. Ideální je pacienta co nejméně povzbuzovat.

Tazatel by měl mít na mysli určitou sestavu otázek, které pacientovi klade v různém pořadí podle toho, jak se rozhovor vyvíjí. Pokud pacient na dané téma začne sám hovořit, tazatel by se neměl ptát. Obvyklé zahájení rozhovoru může formulovat například takto:

Ráda bych slyšela o zkušenostech z vaší psychoterapie a jak se nyní cítíte? Jak se změnil váš život od doby, kdy jste byla v psychoterapii? Domníváte se, že jste se změnila jako člověk, pokud ano, v čem a jak? Přinesla vám terapie nějaké výhody nebo ztráty? Pokud ano, mohla byste je uvést? Co jste od terapie očekávala a jak se tato očekávání naplnila? Objevily se také nějaké nečekané zisky a ztráty?

Cílem tohoto poněkud delšího úvodu je pacienta instruovat a zaměřit ho k typu informací, které od něj budeme žádat. Pacienti, kteří jsou zvyklí na dynamickou psychoterapii, se obvykle chopí iniciativy a začnou hovořit sami od sebe. Někdy se ale mohou zeptat: „Kde bych měl začít?“ nebo něco na tento způsob. Tazatel mu pak odpoví: „Je to na vás, začněte podle své volby“, a všímá si pacientovy reakce.

Jakmile tazatel cítí, že je schopný odpovědět na úvodní otázky a i na řadu dalších otázek jménem pacienta [dokáže si dostatečně představit pacientův prožitek „změnil jsem se“], rozhovor může ukončit. Pokud tomu tak není, měl by se pacienta ptát otevřeněji a přímočařeji. Třeba:

- Jak se změnila pacientova životní situace nebo jeho způsob života během psychoterapie a po ní, pokud se nějak změnila?
- Jak se změnil pacient sám jako osoba během psychoterapie a po ní, pokud se nějak změnil?
- Všiml si pacient, že jeho důležití blízcí (manžel/manželka, děti, rodiče, přátelé, spolupracovníci a kolegové atd.) ho vnímají nebo zažívají jinak než dříve?
- Jak psychoterapie ovlivnila průběh pacientova života, pokud na něj má vliv? Jaké zisky a ztráty mu přinesla?
- Co očekával před zahájením psychoterapie, nakolik se tato očekávání naplnila?
- Jaký neočekávaný výsledek – dobrý, špatný – mu terapie přinesla?
- Jak nyní vnímá problém, který ho vedl k tomu, že vyhledal psychoterapii? Do jaké míry jsou tyto problémy vyřešené a do jaké přetrvávají?
- Dají se na základě pacientova názoru uvést důležité události, procesy nebo okolnosti, které se udály v psychoterapii, a nejvíce se podílely na kladném výsledku léčby, či naopak vedly k neblahým výsledkům?
- Jaké důležité události se odehrály v pacientově životě *mimo terapii*, avšak v době léčby nebo po jejím ukončení, které mohly kladně či záporně ovlivnit výsledek terapie?
- Jak si pacient představuje v současnosti svého terapeuta a co vůči němu cítí, ať již jako k profesionálovi či k člověku?
- Rozhovor by tazatel neměl ukončit, dokud nepozná, že pacient sám je připraven skončit. Tazatel může signalizovat závěrečnou fázi rozhovoru například tím, že shrne důležité body toho, co pacient říkal o psychoterapii. Jednak si ověří, že pochopil podstatu pacientovy zkušenosti, a jednak tím naznačuje, že se rozhovor blíží ke konci. Samozřejmě pokud se pacient

ve shrnutí nepoznává, tazatel se snaží vyjasnit nedorozumění nebo částečná porozumění v jakémisi druhém kole dotazování, které se zaměřuje na to, co v nabídnutém porozumění pacientovi chybělo.

Jakmile se pacient a tazatel shodnou na vzájemném uspokojivém porozumění a pokud tazatel cítí, že je pacient připraven rozhovor ukončit, zeptá se ho ještě, jak se nyní cítí po proběhlém rozhovoru a jak se mu o terapii mluvilo. V této fázi se mohou objevit otázky, k čemu rozhovor vlastně slouží a jak bude dále zpracován. Tazatel by měl rozhovor zakončit tím, že pacientovi vyjádří svoji vděčnost a ocení ho, že s ním sdílel svoje zkušenosti. Sdělí mu, že pacientova zkušenost je cenná pro celý výzkumný projekt.

Hodnotící postup

Po ukončení rozhovoru a vyposlechnutí pořízené nahrávky se rozhovor následně posuzuje na základě manuálu nazvaného *Change After Psychotherapy*, Změna po psychoterapii (Sandell, 1987b). Úkolem posuzovatele je zhodnotit, do jaké míry bývalý pacient sám sebe prožívá, že se v různých ohledech změnil jako osoba. Klíčový je prožitek *změnil jsem se*. To je důležité mít neustále na paměti, protože zkušenosti mohou mít mnoho různých podob a rozměrů. Některé jsou vědomé, některé podvědomé a jiné nevědomé. Tyto různé aspekty zkušenosti spolu vzájemně ale vůbec nemusí souviset. *Otázkou tedy je, do jaké míry a jakým způsobem se nyní pacient cítí vědomě i nevědomě jinak než dříve.* Hodnocení proto není pouze převedení toho, co pacient zjevně říkal, do posuzovacích škál, ale posuzovatel také interpretuje a vyvozuje skryté významy, které pacient komunikuje různými způsoby, přestože je nevyslovil. Vzhledem k tomu, že se posuzuje tento typ změny, tj. současný prožitek toho, že jsem se změnil, není zapotřebí s pacienty provádět rozhovor před zahájením léčby nebo pacienta škálovat před terapií. Posuzovatele to dokonce může odvádět od úkolu retrospektivního interview, a zaměřovat jeho pozornost na srovnávání svého dojmu před léčbou a po ní. Jedná se o odlišnou empirickou otázku: do jaké míry námi zkoumaná prožitková změna odpovídá jiným druhům změn, například symptomovým rozdílům nebo celkové adaptaci před léčbou a po ní, případně hodnocení změny nezávislými posuzovateli (*rated benefits*), nebo porovnání změn pacientovými blízkými osobami. Proto shoda mezi retrospektivně zachycenou prožitkovou změnou a změnami zaznamenanými obvyklými hodnotícími metodami nepotvrzuje platnost změn prožitků. Podobně jako rozdíly ve výsledcích nevyvracejí, ale spíš obohacují celkový obraz, a přispívají tak k tvorbě uceleného pohledu na složitost psychotherapeutických

výsledků. Pro zjednodušení "budeme v následujícím textu používat zkráceně slovo *změna* nebo *změněný* pokaždé, když se budeme odkazovat na prožitek *mám zkušenost s tím, že se nacházím ve stavu, kdy jsem se změnil*.

Nástroj na hodnocení takové změny je založen na obsahové analýze rozhovorů, provedených s bývalými pacienty po ukončení krátkodobé psychoterapie na psychiatrické klinice v nemocnici Danderyd nedaleko Stockholmu. Zkušenosti pacientů, jejich popis zisků i ztrát z terapie a toho, jak se během těchto terapií změnili, lze zařadit do pěti kategorií nebo se na ně dívat z hlediska pěti hodnocených proměnných. Tyto proměnné jsou v tomto manuálu níže dostatečně definované, nikoliv však vyčerpávajícím způsobem s pomocí ilustrativních příkladů toho, co pacienti říkali nebo dělali během rozhovorů po léčbě. Nejprve však popíší obecně hodnotící proměnné a některé obtíže, které mohou nastat a které je zapotřebí si během hodnocení uvědomit.

Instrukce k hodnocení

Dříve vydaný manuál k hodnocení (Sandell, 1987b) zde uvádíme v mírně upravené verzi.

Zjevné známky psychoterapeutické změny, ať již přímo pozorované, nebo vyvozené, se liší ve své důležitosti, rozsahu, hloubce a dalších dimenzích. Podobně změna u konkrétního pacienta může být více či méně radikální, celková, hluboká, důkladná, propracovaná apod. Aniž bychom se zaměřovali na konkrétní znaky, předpokládáme, že rozsah kvalitativní změny je úměrný společné funkci počtu, významu, rozsahu a hloubce znaků, které pacient vykazuje. Také předpokládáme, že posuzovatel bude tuto společnou funkci intuitivně zakoušet a přemění ji na lineární hodnocení, tj. na intervalové stupnici.

Psychoterapie přináší různé změny. Na následujících stránkách naleznete popis změny ve čtyřech perspektivách, ve kterých je možné se změnit. Jsou jimi: převládající symptomy a jejich snášení, adaptační kapacita, schopnost sebereflexe a základní konflikt. Na základě toho, co vám pacient říkal, co jste na něm viděli a o něm vnímali po ukončení jeho léčby (případně i před ní), se pokusíte zhodnotit, do jaké míry se změnil z hlediska každé perspektivy během léčby a po jejím ukončení. Každá proměnná je definovaná celou řadou „znaků“, jejichž příklady mohou pacienti projevovat či o nich mluvit a které označují určitý aspekt změny v dané perspektivě.

Nejprve si pozorně přečtěte jednotlivé definice každé perspektivy. Pamatujte také, že výčet znaků, které je definují, není kompletní, nýbrž pouze orientační. Má vám pomoci pochopit, co jednotlivé kategorie obsahují. Jak později uvidíte, různé typy změn lze zachytit různým způsobem. Některé pacienti vyjadřují přímo, nebo o nich věrohodně mluví, jiné jsou více, či méně zřejmé, některé jsou důležité a rozhodující, jiné nejsou podstatné. Jeden a ten samý znak může ukazovat změnu ve více perspektivách, v několika posuzovaných proměnných. Ačkoli stačí, když se

vyskytne pouze jeden rozhodující znak svědčící pro změnu, obecně platí, že čím více známek svědčících pro změnu pacient projevuje a čím jsou důležitější, tím pro vás bude změna větší a evidentnější.

Pamatujte na to, že změna nemusí být kvantitativní, že pacient nemusí mít více, či méně určitých vlastností, než měl dřív. Změna často bývá kvalitativní ve smyslu nových schopností, nových zvyků, nových vhladů, nových způsobů vnímání toho, jak člověk zakouší sebe a druhé, a nové podoby jeho chování a řeči. Jediný podstatný kvantitativní způsob popisu takové změny je to, jak je změna radikální a hluboká, jak zásadně se nové vlastnosti liší od starých.

Nejprve provedte hrubý odhad rozsahu změny pro každou proměnnou podle následující stupnice:

Velká a/nebo zřejmá změna	1
Částečná a/nebo méně zřejmá změna	0,5
Žádná a/nebo nevýrazná změna	0

Poté se pokuste váš hrubý odhad jemněji odstupňovat mezi hodnotami 1, 0,5 a 0. Tento úkol je jednodušší, pokud budete najednou hodnotit několik rozhovorů nebo pokud si vybavíte pacienty, které jste posuzovali už dřív. Pokud se vám někteří pacienti zdají na zhruba podobné úrovni změn, ale přesto vám připadá, že se nezměnili přesně ve stejné míře, měli byste se pokusit svá hodnocení upravit tak, aby se jejich hodnota lišila úměrně tomu, jak se pacienti lišili v míře své změny.

Posuzovatel by si měl uvědomovat, že pokud je to jen trochu možné, měl by hodnotit změnu jako „velkou“ nebo „částečnou“ v absolutním slova smyslu. *Neměl by* výslednou hodnotu svého odhadu zohledňovat vůči očekávané změně, různým podmínkám a souvislostem pacientova života apod. To by pak znemožnilo jakékoli srovnávání rozdílných podmínek a okolností. Posuzovatel, který předpokládá, že krátká terapie nemůže navodit výraznou změnu, může mít pocit, že i nepatrná změna je vlastně velkým vítězstvím, zatímco stejně malou změnu po ukončení psychoanalýzy by považoval za zanedbatelnou. Obdobně může být posuzovatel přesvědčený, že vážně narušený pacient se nemůže tolik změnit jako pacient s méně výraznou poruchou. U prvního pacienta by pak stejnou změnu mohl hodnotit jako „velkou“ a v druhém případě pak „částečnou“. Takovému zohledňování bychom se měli vyhýbat. Posuzovatel by si proto měl osvojit stejnou normu bez ohledu na typ léčby či závažnost narušení pacienta. Je žádoucí o takové zaslepení usilovat vzhledem k tomu, že lze obvykle těžko, nebo je dokonce nemožné klíčové informace v rozhovoru zakrýt.

Je také zapotřebí vysvětlit význam hodnoty „1“. Předně je zapotřebí vzít vážně, že skutečně posuzujeme změnu. Posuzovatel by se měl vyhnout tomu, aby hodnotil současný stav pacientova fungování. Pacientovi, který i nadále funguje na nízké úrovni, by měla být přidělena vyšší škálovací hodnota oproti dobře fungujícímu pacientovi,

pokud se skutečně změnil výrazněji. Hodnota „1“ tedy velmi vysokou úroveň pacientova současného fungování neodráží.

Pokud budeme mít na mysli, že to, co posuzujeme je změna, pak hodnota „1“ neoznačuje nedosažitelný ideál, který lze dosáhnout pouze teoreticky. Je zajisté možné pacientovu míru změny vyjádřit maximální hodnotou „1“, pokud pacient popisuje, nebo my odvozujeme radikální změnu. Například vymizení dříve velmi závažných symptomů by se mělo posoudit hodnotou „1“. Tak jako pacient, který sice ještě vykazuje některé symptomy, ale již ho tolik nezatěžují a naučil se s nimi žít. Případně je už dokonce umí používat, například využívá úzkost jako důležitý signál. Dříve stydlivý a nesmělý člověk, který je nyní přiměřeně sebejistý a asertivní, byl měl být posouzen hodnotou „1“ v oblasti adaptačních schopností. Člověk, který si dříve neuvědomoval, že má jakýsi vnitřní život, jenž byl emočně plochý a duševně málo diferencovaný, může získat hodnotu své změny „1“, pokud je nyní schopný nahlédnout a pochopit vlastní duševní stavy, nebo si uvědomovat potřeby a rozpoložení druhých lidí. Jak jsme již zmínili v úvodu, překvapení, údiv a další podobné pocity, ať již na straně pacienta, nebo posuzujícího, odrážejí míru dosažené změny a lze je použít jako hodnotící vodítko.

Změna v symptomech

Symptomy jsou specifické, konkrétní a pozorovatelné znaky typické pro konkrétní onemocnění, kvůli kterým také pacienti často vyhledávají terapii, s přáním se jich zbavit. Mohou to být například: úzkost, depresivní pocity, fobické strachy, obsedantní myšlenky, nutkavé jednání a různé tělesné obtíže. Nyní posudte, do jaké míry se zmírnily pacientovy (P) symptomy, nebo nakolik jimi P již tolik netrpí. Změny v symptomech mohou být vyjádřeny následujícími způsoby:

- Charakter symptomů se změnil, pokud jde o počet, frekvenci, trvání, závažnost nebo intenzitu.
- P jeho symptomy méně znepokojují, např.: se tolik neobává své úzkosti nebo ji lépe snáší.
- P se o své symptomy tolik nestará.
- P své symptomy spontánně vůbec nezmiňuje.
- P o svých symptomech hovoří v minulém čase.
- P považuje své symptomy za nedůležité, nic, o čem by měl hovořit.
- P své symptomy zlehčuje a pokládá za maličkost.
- P nahlíží na své symptomy objektivně a s větším emočním odstupem, zvědavostí, údivem, humorem, snaží se je pochopit a přemýšlet o nich.
- P se nepovažuje za pasivní oběť svých symptomů.
- P rozumí tomu, že jeho symptomy byly smysluplné a funkční, například ve smyslu primárních a sekundárních zisků.

- P si myslí, že byl vyléčený/á.
- P nepokračuje v terapii a ani nevyhledává jinou odbornou pomoc pro léčení svých symptomů.
- P se se svými symptomy naučil žít.

Na symptomovou změnu se lze dívat dvěma způsoby. První je rozšířenost (prevalence) a druhou je odolnost (tolerance). První se soustředí na to, zda se symptomy změnilo z hlediska četnosti, frekvence, závažnosti, síly nebo trvání. Druhý pohled souvisí s tím, zda pacient prožívá symptomy jiným způsobem než dříve. Například zda se člověk cítí symptomy méně nebo naopak více zatěžován, nebo nad nimi více nebo naopak méně přemýšlí než dříve. Například pacient přímo říká, že se jeho obtíže po terapii zmírnily; mluví o nich v minulém čase; necítí se vůči nim tolik bezmocný; uvědomuje si jejich funkci nebo je sám od sebe vůbec nezmiňuje, dokud se na ně nezeptáme.

V hodnocení symptomové proměnné může nastat několik potenciálních nesnází. Co *je* vlastně symptom? V psychiatrických ambulancích a klinikách je to očividné, protože většina pacientů přichází s klasickými projevy svého utrpení, jako jsou úzkost, deprese, typické neurotické potíže, jako jsou fobie nebo nutkavé stavy, případně si stěžují na psychogenní tělesné potíže. Z pohledu CHAP považujeme potenciálně poškozuující chování typu agování nebo opakované impulzivní chování za symptomy, zvláště pokud signalizují, že pacient potřebuje léčbu. Psychoterapeutický kontext nabízí ještě složitější pohled. Pacienti obvykle vyhledávají terapii, aby se zbavili „problémů“. Například cítí, že se jim nedaří v životě, v práci, ve vztazích, nebo při studiu, tak jak by si přáli; trpí chronicky špatnou sebedůvěrou pramenící ze záporného sebeobrazu, pocitu viny, společenskými, sexuálními či profesními zábrany; nebo mohou prožívat nedostatečnou spontaneitu a volnost ve svých pocitech a chování. Není přirozené všechny tyto jevy nazývat symptomy. Za symptomy je v obecné pracovní definici CHAP považované každé dostatečně definované chování, které je zevšeobecnitelné a pacient jej vykazuje v různých situacích, a které způsobuje nepohodu jemu nebo jeho sociálního okolí (rodina, přátelé, spolupracovníci atd.).

Přestože je většinou zřejmé, kvůli kterým obtížím pacienti vyhledali psychotherapii, může být psychoterapeutický účinek poměrně obtížně hodnotitelný. Můžeme si to ukázat na následujícím příkladu. Žena, umělkyně, která si na začátku terapie stěžovala na těžké deprese, v rozhovoru po ukončení léčby říká posuzovateli, že po většinu času stále cítí velmi hluboký pocit deprese a beznaděje a někdy dokonce uvažuje o sebevraždě. Nicméně je v současné době schopna symptomy lépe předvídat a rozpoznat je již ve chvíli, kdy se začínají objevovat. Zdá se také, že ji už symptomy tolik nepřekvapují, ani se jich neděsí, tak jako dříve. Tyto pocity jsou sice stejně hluboké a stejně bolestivé jako bývaly dříve a všechno je černé a stejně neřešitelné, ale

nyní si uvědomuje, že toto prožívání je součástí jejího života a že s ním nic neudělá. Rozhodla se, že se pokusí s nimi žít a začala své depresivní propady považovat za jistý přínos pro její uměleckou tvorbu. Symptomů se už tolik neobává. Je zřejmé, že v jejím případě k žádnému zmírnění symptomů nedošlo, na druhou stranu došlo ke zřejmé změně v jejím prožívání obtíží, přesněji v jejím subjektivním přístupu k symptomům, díky čemu je lépe snáší a méně jimi trpí. Jde však ještě o něco dalšího. Pacientka nejen, že prožívá své depresivní ataky jako snesitelnější, ale také již pro ni nejsou život ohrožující hrozbou a dovede využít jejich tvořivý potenciál bez toho, že brzy prožívala návaly strachu. Jak vidíme na tomto případě, zvýšení odolnosti vůči symptomům nebo změna vnímání smyslu a intenzity symptomu je jeden z aspektů, který bývá nedostatečně zachycený v běžně používaných dotaznících zaměřených na hodnocení míry příznaků. Právě tyto kvalitativní změny ve vnímání významu symptomů jsou velmi časté výstupy psychoanalyticky nebo dynamicky orientovaných terapií a jsou také ve své podstatě jejich hlavním cílem. Je tedy na tazateli, aby si všiml těchto aspektů prožívání a vyvaroval se zjednodušenému přemýšlení o intenzitě symptomů.

Během rozhovoru obvykle pacient sám začne dříve či později spontánně hovořit o svých současných obtížích. V některých případech se však zlepšení v oblasti symptomů projeví jednoduše tím, že pacienti o svých obtížích naopak již nemluví. Pokud ale posuzovatel neví, jaké potíže měl pacient na začátku terapie, pak takové zlepšení zůstane bez povšimnutí. Proto je zásadní, aby se tazatel, nebo alespoň posuzovatel informoval o pacientových obtížích, které ho na začátku terapie trápily, buď z dokumentace, nebo z výstupů přijímacího rozhovoru. Na druhou stranu je také třeba mít na paměti, že některé symptomy mohly na počátku terapie zůstat skryté, ať již záměrně nebo neúmyslně, nebo nemusí být v jeho dokumentaci dobře zaznamenány. Běžně se stává, že pacient v rozhovoru hovoří o obtížích, o kterých se dříve nezmínil a které jsou pro posuzovatele nové. Pokud toto nastane, je třeba to v rozhovoru zmínit a situaci objasnit. Objevily se tyto symptomy již na začátku, a pokud ano, jakým způsobem, s jakou četností a závažností? Z jakého důvodu se o nich nehovořilo, a kdy se objevily? Když uvažujeme o symptomech, které se objevily až v rozhovoru po absolvování psychoterapie, ale nebyly zmíněny na začátku, je také třeba počítat i s možností nahrazení symptomů; tedy že původní symptomy nahradily jiné nebo se symptom může objevit jakožto důsledek změny a může tak nahradit předchozí obtíž. Je těžké zhodnotit, zda se původní symptom proměnil v jiný nebo ne, proto by tyto otázky měly být objasněny, aby měl posuzovatel alespoň obecnou představu o jejich vzájemném vztahu. Tazatel i posuzovatel by měli mít alespoň obecnou představu o vzájemném vztahu mezi novým a původním symptomem. Samozřejmě se také může stát, že se objeví zcela nový symptom bez zřetelného vztahu k předchozím. To pak vnímáme jako negativní posun v hodnocení míry symptomů, který posune hodnocení symptomů, ve kterých došlo ke zlepšení, a ovlivní celkové hodnocení této proměnné.

Adaptační kapacita

Adaptační kapacita je schopnost vypořádat se situacemi, ve kterých dříve pacient rozvíjel symptomy nebo ve kterých dříve začal být úzkostný, nesmělý, nebo se „krizové/problematické situací“ nedokázal přiměřeně přizpůsobit nebo jí zvládal méně adaptivně. Mezi znaky zvýšené adaptační kapacity mohou patřit:

- P se již nevyhýbá ani neutíká před problematickými situacemi.
- P není úzkostný před problematickými situacemi nebo v těchto situacích.
- P popisuje konkrétní situace, ve kterých se nyní zachoval/a lépe než dříve, např. asertivněji, flexibilně, neagresivně.
- P projevuje očividné překvapení, úžas atd., když vypráví o tom, jak se v problematické situaci zachoval/a.
- P hovoří o změnách ve svých zvycích, ve způsobu života atd., poukazuje na to, že je odhodlán na svých problémech pracovat.
- P je hrdý a spokojený sám se sebou, s tím, že nyní zvládá věci, které dříve nezvládal (když už nemá obtíže).
- P sděluje, že se rozhodl/a zbavit svých obtíží a dalších problémů.
- P o sobě ve vztahu ke svým problémům a obtížím hovoří jako o aktivním členu, o někom, kdo ovládá a rozhoduje o situaci.
- P si troufá na věci, na které si dříve netroufal/a.
- P je schopný/á dělat věci, které dříve nemohl/a.
- P rozlišuje mezi tím, co bylo před terapií, a tím, co je po ní, mezi tím, kým před terapií byl, a kým je nyní.
- P má nové koníčky a zájmy.
- P má nové přátele.
- P má nyní novou práci, buď byl/a povýšen/a, nebo změnil/a funkci, nebo změnil/a zcela profesi a nastoupil/a tak do práce, po které dříve toužil/a.
- P se začal/a nově vzdělávat.
- P hovoří o svých dávných snech, které uskutečnil nebo začal/a uskutečňovat.
- P nyní může dělat věci, o kterých dříve jen snil/a.
- P se vymanil ze situací, které jej/ji brzdily, omezovaly, škodily, např. v pracovních, manželském nebo jiných vztazích.
- P se cítí samostatnější, což znamená, že je nezávislejší a má na věci svůj názor. Není vydán/a napospas okolnostem, svobodně dělá vlastní rozhodnutí, která činí nezávisle na požadavcích a přáních svého okolí, ke kterému ale není lhostejný/á ani nedbalý/á.
- P se cítí být zodpovědným za věci, které se mu/jí dějí.
- P se vymanil z nutkání neustále opakovat staré chyby a opakovaně se dostávat do stejných problematických situací.

Adaptační schopnosti odkazují k pacientovu zvládnání a vypořádávání se s vnějšími situacemi více či méně podobnými těm, které dříve považoval za výrazně problematické, např. protože byly spojeny se symptomy nebo je přímo vyvolávaly.

Zatímco hodnocením změny v symptomech se vztahuje k definovanému chování, které pacient může vnímat tak, že se mu „prostě děje“ a působí mu utrpení, adaptační schopnosti odkazují na více či méně konkrétní situace, které pacient obtížně zvládal, těžko se s nimi vyrovnával a které často vedly k rozvoji symptomů. Tyto situace nazýváme „rozhodujícími“. Je důležité myslet na to, že hodnotíme změnu tak, jak ji vnímá pacient. Nárůst adaptačních schopností znamená lepší schopnost přizpůsobovat se a zvládat situace, ve kterých pacient dříve dobře nefungoval, nebo kde se mu dříve objevovaly symptomy jakoby „samy o sobě“.

Kladně by se mělo hodnotit jen opravdové vyrovnání se s krizovou situací. Za to například nelze považovat zoufalý únik ze situace, přestože může dobře zmírnit úzkostné symptomy, a tedy i jejich míru. Snížení pacientovy prožívané adaptační schopnosti se hodnotí negativně.

Za kladnou změnu například můžeme považovat, když pacient hovoří o tom, jak se již nevyhýbá nepříjemným situacím, které v něm dříve vyvolávaly úzkost; že nyní reaguje přizpůsobivěji a vhodněji v dané chvíli; sám sebe popisuje jako aktivnějšího a samostatnějšího ve vztahu ke svým problémům, vnějším okolnostem, nebo tomu, co dříve zažíval jako vnější síly a omezení, které určovaly jeho chování. Žádný způsob přizpůsobení se není předem lepší než jiné způsoby. Dříve soutěživí nebo přehnaně průbojní lidé se mohou přizpůsobit tím, že přestanou být tolik průbojní a soutěživí. Obdobně tomu tak je u lidí, kteří jsou nespělí a plaší, u nich může dojít ke kladnému hodnocení adaptačních schopností tím, že budou průbojnější a soutěživí. Na změnu adaptačních schopností také ukazuje, když pacient hovoří o prospěšných a podnětných změnách v běžném životě, o nalezení nových přátel, nových zájmů, naplnění dřívějších snů.

Při hodnocení adaptačních schopností mohou nastat problémy, které není jednoduché vyřešit. Nejčastějším úskalím je, pokud dojde k výraznému zlepšení základních symptomů díky fobickému řešení situace. Klasickým příkladem je člověk trpící strachem z výtahů, který již svou fobii nemá, protože začal chodit po schodech. Podobným příkladem může být žena, která velmi často navazovala problematické vztahy s muži, kteří ji zrazovali a ponižovali. Tato žena již dlouho žádné problémy nemá, protože se rozhodla nenavazovat s muži žádné další vztahy. Zdánlivě sice své obtíže vyřešila, ale těžko by se její chování dalo považovat za adaptační. Spíše můžeme říct, že jde o vyhnutí nebo popření. Obdobný způsob zvládnání problémů vysoce hodnotíme jako změnu na úrovni symptomů, protože pacienta již tolik netíží, současně by však měly být skórovány nízce nebo záporně v kategorii adaptačních schopností, protože způsob vyřešení není adaptační v dlouhodobé perspektivě a širším kontextu.

Jiný druh problému, který také není jednoznačný, je příklad ženy s traumatickou zkušeností a výchovou v dětství. V jejím případě došlo k opakovaným raným separacím od matky, kdy si jí matka nevěšovala, když se jí například narodila druhá dcera. V rozhovoru, který proběhl 6 měsíců po ukončení terapie, žena vyprávěla, že se s matkou a sestrou intenzivně a dramaticky hádala, nadávala jim, vylila si na nich svůj hněv apod. Její činy by bezpochyby měly být považovány za agování³, ale již není tak zřejmé, že v psychoterapeutickém procesu – v tomto případě spíše v postterapeutickém procesu – je toto chování zcela jasně neadaptivní ve významu přeorientování nebo vyřešení situace vzhledem k pacientčině minulosti. To se samozřejmě vztahuje k situaci, kdy opakované agování postupně odeznívá. Během interview, kdy agování stále probíhá, je těžké se ohledně této otázky rozhodnout. Finální bodování by se mělo odložit do té doby, než budeme schopni vidět, jak se proces agování vyvinul.

Vzhledem k tomu, že nic – včetně agování – netrvá věčně, rozhovory po ukončení terapie by se měly uskutečňovat opakovaně. Takzvaný psychoterapeutický efekt není konstantou, ale může se měnit a velmi často se také mění během několika let. Uvedeme příklad: muž, který se velmi bránil agresí, během prvních rozhovorů po léčbě uváděl vcelku pozitivní změny v této oblasti, převážně v práci, kde začal být asertivnější. Ve vztahu ke svým rodičům, kteří byli původním cílem jeho agresivity, však převládala inhibice, přestože cítil, že to v něm vře, když s nimi hovořil. Během třetího rozhovoru, který proběhl dva a půl roku po ukončení terapie, se jeho obranné inhibiční mechanismy rozpadly. Poslední den v roce se s nimi dostal do hádky, byl zuřivý, opilý, a nakonec se rozhodl, že pojedje domů. Naneštěstí pro něj ho zastavila policie a zadržela kvůli řízení pod vlivem alkoholu. Z krátkodobého pohledu jeho chování není adaptivní, ale lze uvažovat o tom, že je jeho chování adaptivní z dlouhodobého hlediska? Čtvrtý rozhovor, který proběhl po dalším roce, odhalil hodně úzkosti a lítosti, kterou pacient zpětně prožíval, když o situaci přemýšlel. Jeho rozčilení však bylo adaptivním, protože mu umožnilo osvojit si a zvýšit tolerance k hádkám a výměnám názorů. Předchozí potlačený hněv vůči jeho rodičům se zmírnil a stejně tak i jeho obranné inhibiční mechanismy. Stal se z něj emočně vyrovnanější člověk, který se poněkud diplomaticky avšak tvořivým způsobem vyrovnává s mezilidskými konflikty a už se jim nevyhýbá.

Hodnocení změny v kategorii adaptační schopnosti hodně závisí na tom, kdo rozhovor hodnotí, jaké má názory či hodnoty. To občas může vést k problémům. Uvedeme příklad: pacientka hovořila o tom, že poté, co se rozvedla, nechala děti v péči otce. K hodnocení její adaptační schopnosti a poněkud neobvyklého rozhodnutí, je důležité přemýšlet o této pacientce a jejím životě v souvislostech. Pacientka má poměrně nevyrovnanou osobnost a nejisté sociální zázemí, což by dětem mohlo uškodit.

³ Acting out znamená dramatické ztvárnění nevědomých přání, strachů, fantazií.

Posuzovatel by měl zohlednit vlastní případná přesvědčení o tom, jak by se matky správně měly chovat ke svým dětem, která by výsledné hodnocení mohla zkreslit.

Náhled⁴

Základem zvýšené schopnosti náhledu je oproti minulosti lepší porozumění svým problémům, jejich pozadí, etiologii a významu, a to nejen intelektuálně nebo obecně. Známkami zvýšené schopnosti náhledu jsou:

- P hovoří o tom, že si uvědomuje pozadí a význam svých problémů.
- P dokáže smysluplně a rozumně hovořit o pozadí a smyslu svých problémů.
- P mluví o pocitech a vyjadřuje je, byť k nim dříve neměl přístup.
- P je tolerantnější a vyjadřuje větší porozumění, když o svých problémech hovoří.
- P si vytvořil odstup mezi pozorujícím a chápajícím já a mezi prožívajícím, cítícím, fantazírujícím a přejícím si já.
- P je schopný náhledu na situace, kdy dochází k agování, a je schopný je popsat.
- P si je vědom principu přenosu a nutkání k opakování, a je schopný oba jevy popsat.
- P je schopný nahlédnout a přijmout zodpovědnost v mezilidských sporech.
- P je přiměřeně „podezřívavý“ ke svým pocitům, myšlenkám a jednání, což znamená, že je nepřijímá jako samozřejmost, aniž by přemýšlel/a o jejich významu.
- P je schopný nahlédnout své obranné mechanismy a odpor.
- P znovu objevil své dříve ego-syntonní symptomy a symptomatické návyky.
- P si začíná uvědomovat a začíná tolerovat části sebe sama, které si dříve nepřipouštěl, např. přání a fantazie.
- P prožívá více ambivalence ohledně situací a jiných lidí a zvládá ji bez toho, aniž by sklouzl k agování.
- P zažívá rozčarování, ale připouští ho jako zisk i ztrátu.
- P je zvědavější na své prožívání, promýšlí a reflektuje, co se v něm odehrává.
- P nemá sklony obviňovat ostatní ze svých problémů, těžkostí a nedostatků.
- P je schopen se kritizovat z objektivnější a méně obviňující pozice.
- P o svých obtížích a těžkostech hovoří s lehkou sebeironií, humorem a emočním odstupem.
- P přemýšlí nad svými sny a snaží jim porozumět.
- P uvažuje nad významem přeřeknutí a chybných úkonů.
- P je schopný lépe předvídat chování, pocity a reakce sebe i druhých.
- P si vyhledal jinou dlouhodobou psychoanalyticky orientovanou psychoterapii nebo psychoanalýzu.

⁴ *Insight* překládáme v souladu s původním psychoanalytickým pojetím pojmu jako *náhled*, byť v některých souvislostech se vhodným ekvivalentem jevil také výraz *sebereflexe*.

- P vnímá primární a sekundární zisky, které mu jeho symptomy přinesly.
- P méně hovoří o svých symptomech, ale více o skrytých problémech.

Výborný zdroj dalších příkladů a ukázek toho, co lze považovat za popisovanou sebereflexi/náhled, je práce Fonagy, Steele, Steele, Target a Schachter (1996), kteří ji nazývají „funkcí reflektujícího já“ (*reflective-self functioning*). Manuál je stále v omezeném oběhu. Funkce reflektujícího já je operacionalizací metakognitivní pozorující funkce, která se ukazuje jako nezbytná pro vývoj sebereflexe.

Náhled není jenom intelektuální schopnost, ale souběžný intelektuální a emoční proces. Pacient vyjadřuje své pocity nebo hovoří o pocitech, které dříve nepřijal, nebo které nyní lépe zvládá a lépe jim rozumí. Pacient ukazuje svoji schopnost rozlišovat mezi pozorujícím a prožívajícím já. Je přiměřeně skeptický a podezřívavý – v dobrém slova smyslu – k tomu, co prožívá, cítí, myslí a co dělá. Je schopný být objektivně sebekritický, aniž by se nadměrně obviňoval atd.

Je několik situací, které mohou nastat a mohou ztížit hodnocení v kategorii náhledu. Zaprvé musíme pamatovat na to, že hodnotíme a posuzujeme změnu, nikoliv celkovou aktuální úroveň. Samozřejmě je velmi těžké říct, jak na tom byl pacient v této oblasti dřív a do jaké míry se nyní zlepšil. Stejně jako u ostatních proměnných i zde je potřeba brát v potaz pacientův osobní prožitek změny. V tomto případě se však dostáváme k paradoxní situaci, neboť hovořit o své zkušenosti samo o sobě vyžaduje určitou schopnost sebereflexe. Na druhou stranu u některých pacientů popis zkušenosti s prožitkem změny odhalí jejich nedostatečně rozvinutou schopnost sebereflexe, protože změna, kterou popisují, je pouze zdánlivá. Hodnocení proměnné sebereflexe/náhled tedy převážně znamená snahu rozpoznat pravou sebereflexi od pseudosebereflexe nebo toho, když se pacient schovává za odbornými žargonovými výrazy.

Hodnocení je závislé na následujících podmínkách. Sebereflexe se hodnotí obtížně, protože spousta pacientů o svých vhladech hovoří poměrně vágně. Je typické, že se jim snáz hovoří o tom, že si uvědomují „spoustu věcí“, že vnímají „věci“ jinak než dřív, že se vidí v jasnějším světle a že se zbavili (části) svých sebeklamů atd. Jakmile se ale tazatel začne doptávat na konkrétní věci, tedy v čem přesně to je jiné, co přesně se změnilo, velmi často opakují stejně vágní odpověď, nebo se jí prostě vyhnou. V tomto případě je hodnocení postaveno spíše na proti-přenosové reakci tazatele, na němž záleží, aby rozlišil opravdový popis změny od klišé.

Neurčitý intelektualizující popis nebo klišé apod. by obecně neměly být vysoce hodnoceny v žádné kategorii. Na druhou stranu podstatou vhladu je návrat vytěsněných obsahů, které se vynořují na povrch, získávají novou strukturu a smysl. Dochází k vybití nového pocitu a jeho následné vymizení přirozenějším způsobem, jako obyčejné zapomenutí ve sféře předvědomí, nikoliv jako vytěsnění do sféry nevědomí.

Tím pádem by měl pacient získat dost času na vzpomínání a rekonstrukci i v průběhu rozhovoru. Sám tento proces je při posuzování proměnné náhled velmi hodnotný.

Není ale vždycky jednoduché odhalit změnu v náhledu, i když je pacient konkrétní a důsledný. Zajímavým případem je pacient, jenž si během psychoterapie uvědomí, že toho o sobě vlastně moc neví, že se zná jen velmi málo. Když si však uvědomí nedostatek vlastní sebereflexe, toto zjištění znamená skromný vhled, který se neobjevuje příliš často, ale může být jedním z aspektů psychologického myšlení (*psychological-mindedness*).

Do této kategorie můžeme také zahrnout poměrně mnoho pacientů, kteří po své psychoterapii – hlavně pokud šlo o psychoterapii krátkodobou – dojdou k závěru, že potřebují dlouhodobější psychoterapii, jež bude intenzivnější a přinese jim hlubší sebezporozumění. Samozřejmě bychom měli vzít v úvahu, že se případ od případu liší, nicméně je to jeden ze znaků změn sebereflexe. Takový závěr může pacient považovat i za dobrý začátek dlouhodobé psychoterapie nebo psychoanalýzy spíše než za neúspěšnou krátkodobou léčbu.

Základní konflikt

Vyřešení základního konfliktu tedy znamená, že základní konflikt už neproniká do všech úkolů a životních situací ani je neovládá. Základní konflikt je typicky nevědomý pozůstatek raného, z velké části nedořešeného konfliktu nebo traumatu z dětství.

Konflikty lze chápat v tradičním („strukturálním“) pojetí jako konflikty mezi Já, Ono, Nadjá, nebo v rámci teorie objektních vztahů jako střet konfliktních introjektů. O konfliktu se dá také uvažovat z hlediska traumat, která se vážou ke ztrátě, separaci, deprivaci, nadměrnému uspokojování potřeb, přehnané nebo nedostatečné stimulaci, svedení, napadení, ohrožení, nebezpečí, onemocnění nebo poranění. Vlivem nedořešeného základního konfliktu dochází k tomu, že si člověk nemůže pomoci a stále se ke konfliktu nebo traumatu vrací, že vyhledává a vytváří konfliktní nebo traumatické situace a touží je napravit. Nevyřešený základní konflikt se projevuje v pacientově stálém, někdy nutkavém a rigidním vzorci vnímání, myšlení, emocí, jednání a v jeho reakcích. Je jako určitý filtr, skrze nějž člověk vnímá okolí a reaguje na ostatní lidi, vztahy, události nebo situace způsobem, zdůrazňujícím určité momenty.

Příklady těchto aspektů jsou: separace – symbióza; chaos, zničení – řád, ustrnutí; bezpečí – riziko nebo náhoda; důvěra – nedůvěra; upřímnost – odměřenost; dávání – přijímání; deprivace; aktivita – pasivita; maskulinita – feminita; sexualita; agresivita; ublížení; destrukce; moc; dominance – bezmoc, podřízení se; rivalita, soupeřivost, žárlivost, závist; stud, expozice, výsměch; vina, zákaz, nařízení; schopnost – neschopnost; sebeúcta, sebehodnota, identita.

Základní konflikt lze vyjádřit popisem psychoterapeutického ohniska nebo tématu, pokud bylo formulováno, nebo v dynamické hypotéze, diagnóze a při formulaci případu. Není ale nezbytně

nutné k hodnocení řešení konfliktu, aby byl případně definován na začátku. Obecně se vyřešení základního konfliktu projevuje snížením rigidity, vyšší flexibilitou, otevřeností mysli, méně výrazným obranným nastavením a větší spontaneitou. Vyřešení základního konfliktu se bude projevovat různým způsobem, například takto:

- P ví, „o čem to celé je“.
- P je schopný podat smysluplný a přijatelný popis svého základního konfliktu.
- Konfrontace se základním konfliktem vyvolává méně úzkosti nebo odporu.
- P je více přizpůsobivý a otevřený ve svých postojích a zvycích.
- P je tolerantnější k ostatním.
- P je empatičtější k druhým.
- P je schopný nahlédnout situaci a problémy i z perspektivy ostatních.
- P je schopný naslouchat.
- P není rigidní, stereotypní a extremistický tak, jak býval.
- P opustil své dřívější zásadní rituály a každodenní návyky.
- P již nemluví stále o stejné věci, nepoužívá často stejná slova.
- P osobnost se modifikovala nebo změnila.
- P se vzdal charakterových obran.
- Ostatní lidé mají pocit, že se P změnil.
- P již není tak nepřístupný, podezřívavý a neustále „ve střehu“.
- P již tak často nereaguje na spouštěče automaticky a reflexivně.
- P již není možné lehce vyprovokovat, neztrácí tak často kontrolu.
- P už tak často nemá sklony ke kategorickým soudům.
- P je v procesu změny, aniž by změna byla nestabilní nebo nepředvídatelná.
- P se nebojí změn, ať již jde o něho samého, nebo o změnu jeho okolí.
- P se nebojí rozumně riskovat, není závislý na jistotě výsledku.

Při hodnocení této proměnné bychom měli chápat, že člověk má více než jeden konflikt, možná také více než jen jeden základní konflikt, ačkoliv je pravděpodobné, že jeden z nich je „nejdůležitější“ a ostatní jsou od něj víceméně odvozené.

Změny v pacientově základním konfliktu mohou být považovány v klasickém, byť volnějším psychoanalytickém pojetí za jádro strukturální změny. Tato změna je druhem nového uspořádání interpersonálních obran, percepčních, kognitivních a behaviorálních nebo vztahových postojů, tendencí k odehrávání (*acting-out*), návyků používaných ke zvládnání popudů a impulzů (v klasické psychoanalytické teorii) či konfliktů mezi introjekty (v teorii objektních vztahů). Takové konflikty se týkají základních polarit jak například: separace vs. symbióza, důvěra vs. nedůvěra, chaos nebo ničení vs. řád či ustrnutí, aktivita vs. pasivita atd. Obecně platí, že pro hodnocení změny v těchto aspektech je třeba, aby pacient nahradil úzkostně rigidní obranné

mechanismy novými, více flexibilními, což se projevuje zvýšenou otevřeností a mentální pružností. Nazýváme to adaptivní strukturální změnou. Ta se projevuje tak, že pacient popisuje situace, ve kterých se ocitá, odlišným způsobem než dříve. Je otevřenější, tolerantnější, empatictější, méně stereotypní, radikální, méně vyprovokovatelný, méně podezřívavý a tolik se nebojí riskovat ani dělat změny.

Hodnocení změny v základním konfliktu, zejména v retrospektivním pohledu, nepatří k nejjednodušším. Koneckonců tato proměnná odráží nejhlubší a nejskrytější aspekty procesu změny. Je těžké tyto konflikty nejen vidět, ale rovněž je definovat, aby bylo možné s nimi začít pracovat. Na rozdíl od symptomů a adaptačních schopností bývají náhled i poznání konfliktu po psychoterapii vytěsněny a zapomenuty. Další problémem je, jak se jako vnější pozorovatelé lišíme v teoretických východiscích, například co si myslíme, že je v psychoterapii dosažitelné. Pro řadu z nás je pravděpodobně těžké uvěřit, že během krátké psychoterapie lze dosáhnout hlubokých a trvajících změn ve struktuře osobnosti člověka. Někdo se zase může domnívat, že změny v symptomech nelze dosáhnout, aniž by došlo ke strukturální změně, nebo že strukturální změna nemůže nastat bez vhladu. Tyto a další předpoklady ovlivňují hodnocení nepřímě.

V psychoanalytické literatuře najdeme obecně velmi málo zmínek, které se zabývají vysvětlením strukturální změny a jejími projevy. Místo toho se o ní vyjadřují nepřímě, například sledováním změn v každodenním fungování nebo proměny adaptačních schopností či jiných pozorovatelných fenoménů, u kterých se předpokládá, že se neprojeví, pokud nedojde i ke změně ve struktuře osobnosti (Zilberg, Wallerstein, DeWitt, Hartley a Rosenberg, 1991). Domníváme se, že strukturální změnu nejlépe přibližuje to, co zjišťujeme, když se zaměříme na rozvolnění rigidních obranných struktur ve prospěch otevřených, flexibilních a tolerantních postojů. V posledním desetiletí se objevilo několik formalizovanějších přístupů, které postihují fenomény podobné tomu, co zde popisujeme jako základní konflikt. Patří k nim například pojetí jádrových konfliktních vztahů (*core-conflictual relationship theme*) (CCRT; Luborsky a Crits-Christoph, 1990), analýza (nevědomého) plánu (Weiss, Sampson a the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986), nebo stavu mysli (Horowitz, 1991).

Stejně jako v případě nárůstu schopnosti náhledu i u hodnocení základního konfliktu je komplikované posouzení stupně samotné změny nezávislé na úrovni, které bylo dosud dosaženo, nebo na její úrovni před zahájením psychoterapie. Například je snadné se nechat zmást a posoudit přetrvávající nízkou hraniční úroveň fungování jako nezměněnou, ačkoliv při bližším pohledu se zjistí, že ke změně došlo, byť z velmi nízké úrovně fungování. Naopak existuje nebezpečí, že budeme hodnotit flexibilní obranné mechanismy u vysoce funkčního pacienta jako velkou změnu, ačkoliv zůstaly po celou dobu v podstatě na stejné úrovni. Přiblížit se jádru komplexních konfliktů nám mohou pomáhat již zmíněné koncepty nevědomého plánu, CCRT a další formulace.

Věříme, že nejlepší materiál k posouzení změny v základním konfliktu je, když pacient popisuje své vztahy, zejména vztahy k primárním objektům, jako jsou rodiče. Důležité je, jakým způsobem a v jakém rozsahu vidí tyto vztahy změněné, obzvláště pokud jde o flexibilnější a tolerantnější postoje k nim, a to především v těch aspektech, které se ukázaly v interview před zahájením psychoterapie jako problematické a konfliktní. Často se vyplatí pacienta povzbudit, aby hovořil o svých introjektech nebo vnitřních pod-osobnostech (*inner presence*) (Schafer, 1986) ve významu vnitřního kritika, vnitřního pokušítele a podobně.

Mimoterapeutické vlivy

V jakém rozsahu mohou být změny po psychoterapii způsobeny událostmi a podmínkami mimo terapeutické sezení, a to jak v průběhu psychoterapie, tak po jejím ukončení? Je důležité podotknout, že mimoterapeutické vlivy a situace, které způsobují nebo ovlivňují následnou změnu, skutečně neobsahují samotný efekt psychoterapie. Mimochodem je to také jeden z nejobvyklejších způsobů, jak mohou pacienti zlehčit, či naopak zveličt přínos psychoterapie. Příkladem mimoterapeutických vlivů může být:

- Jak čas plynul, P se po ukončení psychoterapie „jednoduše“ zlepšil.
- P zestárl a začal novou fázi svého dospělého života, nebo sám vyzrál „běžným způsobem“.
- P normálně zvládá životní krize a prochází jimi.
- P pacient si zdravěji uspořádal své prostředí [lčba přirozeným prostředím].
- P na sobě pracoval samostatně a nezávisle na psychoterapii.
- P navazuje další ne-psychoterapeutické, a ne-psychiatrické vztahy, které mu přináší podporu, náhled na situaci a rady [např. přátelé, příbuzní, spolupracovníci].
- P byl v jiné psychoterapii.
- P užívá psychofarmaka.
- P využívá jiné formy psychiatrické léčby.
- P prožil somatické onemocnění, měl nehodu, nebo jinak fyzicky trpěl.
- P zažil neštěstí nebo měl jinak krizové životní období.
- Okolní podmínky přestaly být tolik stresující.
- P již neovlivňují situace, které v něm dříve vyvolávaly potíže a stresovaly jej.
- P se vyléčil ze somatických obtíží.
- P se angažuje v politických, náboženských nebo jinak ideologicky zaměřených hnutích a spolicích.
- P se zamiloval.
- P je pod vlivem charismatické autority.
- P se změnil, zatímco na něj působil vztah, který byl psychoterapii podobný [pseudopsychoterapie].

Samozřejmě není možné přesně určit, jak velký podíl na změně mají právě mimoterapeutické vlivy. Pokuste se tedy zjistit, jaké nové podmínky se objevily, zkuste posoudit, do jaké míry mohly přispět ke změně, kterou na pacientovi pozorujete. Toto hodnocení proveďte pro každou proměnnou zvlášť. Hodnocení je založené převážně na vašem přesvědčení, zda byla změna způsobena během psychoterapie, nebo je zapříčiněna mimoterapeutickými vlivy.

Nejprve hrubé skóre:

Výhradně mimoterapeutická změna	1
Změna je zapříčiněna stejně terapeutickými i mimoterapeutickými vlivy	0,5
Mimoterapeutické vlivy nezpůsobily změnu	0

Pokud máte pocit, že je třeba upravit navržené hodnocení, můžete je přizpůsobit tak, že vytvoříte podrobnější stupnici číselného hodnocení. Stačí využít stejného principu jako u předchozího hodnocení změny.

Při hodnocení změny můžete zohlednit mimoterapeutické vlivy tím, že hodnocení upravíte dle následujícího vzorce:

$$TC = C [1 - E],$$

kde TC = terapeutická změna, C = hodnocení změny, E = hodnocení mimoterapeutických vlivů [*extra-therapeutic*].

Výše jsme popsali čtyři proměnné, pomocí kterých pozorujeme změnu. Jak jsme již naznačili, změna však může být zapříčiněna okolními podmínkami spíš než samotnou psychoterapií, jejíž vliv se snažíme změřit. Není neobvyklé, že pacienti hovoří o zážitcích mimo psychoterapii, o nichž se domnívají, že mohou souviset se změnou, kterou prožívají. V rozhovoru to může znít trochu neurčitě: „Je docela těžké říct, jestli je to opravdu díky psychoterapii.“ Tento výrok můžeme chápat i tak, že pacient prožitek z psychoterapie ještě zcela neintegrovat s prožitkem změny. Pacient také může poukazovat na prožitý čas, během kterého zestárl atd. Někteří pacienti mohou vyprávět o zdravé změně prostředí, nových romantických vztazích nebo ukončení špatného vztahu. Na změnu mohou působit nové krize, nemoci, nehody, jež rovněž mohou být formou pseudopsychoterapeutického vlivu.

Je samozřejmě nemožné přesně určit, do jaké míry je změna ovlivněna mimoterapeutickými faktory a jakou měrou je ovlivněna psychoterapií. Uvažovat tímto způsobem by znamenalo klást nepřiměřené požadavky na posuzovatele. Jediné, co můžeme hodnotit, je pocit jistoty či pochybnosti o tom, že změna, kterou pozorujeme, je zapříčiněna psychoterapeutickým působením.

Názorné ve své komplikovanosti jsou případy, kdy pacient využívá najednou nebo postupně více druhů léčby. Například psychiatrickou léčbu s rozhovory a/nebo

psychofarmaka, novou psychoterapii, či psychoanalýzu, kurzy, účastní se konferencí apod. Ve vztahu k účinnosti psychoterapie, která se hodnotí, platí to, že všechny druhy formální nebo neformální léčby považujeme za mimoterapeutické vlivy. Ještě těžší je zhodnotit mimoterapeutické vlivy, např. laické léčby, sugesci a další druhy působení důležitých osob z pacientova okolí. Například jedna pacientka cítila, že psychoterapie pro ni nemá význam, nic jí nepřináší. Pak se ale pohádala se sestřenicí a stal se „zázrak“. Není obvyklé, aby pacienti souběžně docházeli do více než jedné individuální psychoterapie. Není však neobvyklé, že pacienti absolvovali rodinnou nebo párovou terapii současně s individuální psychoterapií. Rovněž různé druhy následných psychoterapií jsou poměrně časté. Uvedeme nyní čtyři náhodně vybrané případy, se kterými se tazatelé setkali.

- Pacientka 1: Během své psychoterapie se pacientka zúčastnila kurzu pro administrativní pracovníky, který si zhodnotila jako posun svých paradigmat. Docházela do krizového centra kvůli vyrovnávání se se smrtí kamarádky. K tomu také jednou týdně navštěvovala párovou terapii a během posledního měsíce absolvovala spolu s manželem terapii zaměřenou na tělo. Navíc ji začalo trápit chronické tělesné onemocnění, a proto docházela na pravidelné kontroly v rámci somatické léčby.
- Pacient 2 sděloval, že dochází i na rodinnou terapii souběžně s individuální psychoterapií v Psychoterapeutickém institutu. Také sděluje, že nyní má více času na přemýšlení.
- Pacientka 3 byla opuštěna svým manželem poté, co ukončila psychoterapii. Nějakou dobu navštěvovala rodinné poradenství, následně individuální krizovou terapii a poté pokračovala v dlouhotrvající psychoterapii se stejným psychoterapeutem.
- Pacientka 4 neměla žádnou následnou formu psychoterapie. Nicméně začala pracovat s mentálně postiženými, což ji pomohlo nahlédnout a vnímat některé věci s větším odstupem, než na který byla dříve zvyklá.

Souběh několika typů léčby je při posuzování psychoterapie problém, který je častější, než by člověk řekl. Výzkumníci se na paralelní léčbu nezaměřují a obvykle se na ni neptají, aby to neovlivnilo jejich zjištění. Nicméně situace může být ještě složitější, než se na první pohled zdá. Je totiž možné, že zjištěná „mimoterapeutická léčba“ je následkem posuzované psychoterapie. Lze se domnívat, že když pacient pár let po dokončení krátkodobé psychoterapie začne chodit na psychoanalýzu, uvědomuje si, co chce a co neměl čas vyřešit během první krátké psychoterapie.

Reliabilita a normy

Poté, co jsme zde představili všechny možné problémy, potíže a komplikace, které se mohou vyskytnout při hodnocení změny po léčbě, je asi obtížné si představit, že by hodnocení změny po psychoterapii mohlo být dostatečně spolehlivé (Sandell, 1987c).

V tabulce 2 naleznete koeficienty shody (*ICC*) mezi nezávislými posuzovateli v publikovaných studiích na Institutu psychoterapie. První z nich je studie 35 rozhovorů po sérii krátkých psychoterapií. Druhá se zakládá na 60 katamnestických rozhovorech s 38 pacienty, z nichž 20 absolvovalo krátkou psychoterapii a 18 absolvovalo dlouhodobou psychoterapii. Třetí studie je založena na rozhovorech se dvěma tazateli, psychoterapeuty, kteří nepracovali v Institutu psychoterapie a kteří hodnotili náhodný vzorek 33 rozhovorů z druhé výše uvedené studie. Jejich zácvik trval kratší dobu než u posuzovatelů v předchozích studiích. Horní hodnota u každé proměnné vyjadřuje shodu mezi hrubými skóry nezávislých posuzovatelů. Spodní hodnota pak vyjadřuje shodu nezávislých posuzovatelů na hodnocení mimoterapeutických faktorů ke vztahu k proměnné zachycující daný aspekt změny (tj. symptomy, adaptační kapacita, atd.). Hodnoty ve spodních řádcích tabulky se vztahují k celkovému skóru, což je prostý součet hrubých skóru v každé ze čtyř proměnných změny, a ke korigovanému součtovému skóru, u něhož byly hrubé skóry nejprve upraveny s ohledem na hodnoty mimoterapeutických vlivů (vzorec viz výše).

Tabulka 2. Koeficienty shody (*ICC*) pro nezávislé posuzovatele

	Krátká psychoterapie <i>n</i> = 35	Katamnestická studie <i>n</i> = 60	Externí hodnotitelé <i>n</i> = 33
Symptomy	0,88	0,81	0,56
ETF ^a	0,76	0,76	0,47
Adaptační kapacita	0,87	0,81	0,56
ETF	0,73	0,71	0,37
Náhled	0,62	0,74	0,60
ETF	0,77	0,63	0,44
Základní konflikt	0,80	0,75	0,41
ETF	0,90	0,80	0,51
Součtový skór	0,87	0,83	0,65
Korigovaný součtový skór ^b	0,86	0,83	0,65

^a ETF = mimoterapeutické vlivy (*Extra Therapeutic Factors*)

^b Skór upravený zohledněním hodnocení ETF

Obecně lze říct, že ve dvou levých sloupcích je shoda mezi posuzovateli dostatečně vysoká, nejnižší je přitom u náhledu a základního konfliktu. Zohledníme-li mimoterapeutické faktory, pak nejnižších hodnot dosahují adaptační kapacita a (v jedné z obou studií) náhled. U externích posuzovatelů (pravý sloupec) však dosahuje míra shody podstatně nižší hodnoty a je neuspokojivá. Je zde několik možných důvodů. Prvním z nich mohl být nedostatečný zácvik. Posuzovatelé z Institutu psychoterapie po dobu několika let absolvovali pravidelné semináře, externí hodnotitelé se naproti tomu zúčastnili pouze dvou diskusních setkání. Jiným důvodem může být kultura Institutu, která tvoří silný referenční rámec (většina posuzovatelů/psychoterapeutů zde pracovala více než 10 let). Nejdůležitější však pravděpodobně byl fakt, že externí posuzovatelé nevyužívali plný rozsah škály ve stejné míře jako posuzovatelé z Institutu. Jak uvidíme, rozptyl jejich hodnocení pacientů byl typicky čtyři- až pětkrát nižší než rozptyl hodnocení těchto pacientů u posuzovatelů z Institutu. Takové relativně nedostatečné rozlišování pak přirozeně vede k nižší reliabilitě měření. Je proto důležité využívat pro hodnocení co nejširší škálu a nevyhýbat se hodnotám „1“ nebo „0“ v případech, kdy změnu lze považovat za značnou, či naopak velmi malou nebo kdy změna chybí.

Usuzování na změnu nelze považovat za objektivní v pravém slova smyslu, proto nemůže být objektivní ani hodnocení změny na škále. Nicméně normy k hodnocení mohou být zajímavé, pokud je bereme jako referenční rámec. Ty, které zde uvádíme, byly vytvořeny na Institutu psychoterapie. Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky uvádíme v tabulce 3. Jedná se o poměrně stabilní rámec pro hodnocení, protože průměrné hodnoty i směrodatné odchylky jsou u prvních dvou studií velmi podobné. Podle tohoto referenčního rámce bývají změny v oblasti symptomů a v adaptivní kapacitě nejvyšší, a změny v oblasti základního konfliktu naopak nejnižší. Přirozeně i rozptyl hodnot mezi pacienty je poměrně značný. Naproti tomu, jak jsme již výše zmínili, rozptyl hodnocení u externích posuzovatelů je mnohem menší. Také jejich průměrné hodnocení v jednotlivých proměnných je obvykle o 0,05 až 0,1 nižší než hodnocení zaměstnanců Institutu, zatímco jejich hodnocení mimoterapeutických faktorů je značně vyšší, o 0,1 až 0,2. To pak vede k podstatně nižším průměrům korigovaného celkového skóru u externích posuzovatelů.

Tabulka 3. Průměry [M] a směrodatné odchylky [SD] ve třech různých studiích s CHAP

	Krátká psychoterapie <i>n</i> = 35		Katamnestická studie <i>n</i> = 60		Externí posuzovatelé <i>n</i> = 33	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Symptomy	0,52	0,38	0,57	0,37	0,51	0,17
ETF ^a	0,25	0,29	0,28	0,30	0,37	0,14
Adaptační kapacita	0,56	0,34	0,54	0,33	0,47	0,16
ETF	0,26	0,30	0,25	0,28	0,38	0,14
Náhled	0,46	0,23	0,49	0,27	0,37	0,14
ETF	0,14	0,25	0,20	0,27	0,33	0,15
Základní konflikt	0,30	0,26	0,31	0,28	0,23	0,11
ETF	0,11	0,24	0,11	0,24	0,27	0,17
Součtový skór	0,46	0,26	0,48	0,27	0,40	0,13
Korigovaný součtový skór ^b	0,39	0,26	0,38	0,27	0,27	0,12

^a ETF = mimoterapeutické vlivy (*Extra Therapeutic Factors*)

^b Skór upravený zohledněním hodnocení ETF

Jak můžete vidět v tabulce 4, korelace mezi proměnnými zachycujícími psychoterapeutickou změnu nabývají vysokých hodnot, přibližně mezi 0,5 a 0,8. Lze uvažovat o jednom, případně dvou silně korelujících faktorech. Jedním by byla „vnější“ změna (symptomy a adaptační kapacita) a druhou pak „vnitřní“ změna (náhled a základní konflikt). Existenci dvou faktorů naznačuje také jednoduchý vzorec korelací v posloupnosti symptomy – adaptační kapacita – základní konflikt – náhled, kde korelace jsou tím nižší, čím větší je vzdálenost mezi dvěma proměnnými v řadě. Také mimoterapeutické vlivy, skórované pro každou proměnnou zvlášť, mají tendenci mezi sebou silně korelovat, a to v rozmezí 0,45 a 0,75. Proměnné zachycující psychoterapeutickou změnu a mimoterapeutické vlivy spolu korelují pouze slabě a záporně.

Silné korelace mezi proměnnými zachycujícími psychoterapeutickou změnu a mezi zachycujícími mimoterapeutickými faktory mohou mít přinejmenším dva důvody. Prvním z nich je, že psychoterapeutická změna vyjádřená v z-skórech může být všeobecnou změnou, i když úroveň změny mezi dílčími proměnnými se může lišit. Pokud to tak skutečně je, korelace pak vyjadřují základní povahu psychoterapeutické změny. Druhým možným důvodem je to, že posuzovatelé zobecňují svá hodnocení, nebo naopak nejsou schopni mezi proměnnými rozlišovat. Pokud platí druhé vysvětlení, měli bychom se této tendence vyvarovat.

Tabulka 4. Korelace mezi hodnocenými proměnnými

	<i>Terapeutická změna</i>			<i>Mimoterapeutické vlivy (ETF)</i>			
	Adaptační schopnosti	Náhled	Základní konflikt	Symptomy	Adaptační schopnosti	Náhled	Základní konflikt
<i>Terapeutická změna</i>							
Symptomy	0,81	0,47	0,59	-0,11	-0,22	-0,14	0,09
Adaptační schopnosti		0,55	0,70	-0,27	-0,28	-0,28	-0,05
Náhled			0,71	-0,18	-0,21	-0,04	-0,01
Základní konflikt				-0,25	-0,25	-0,15	0,01
<i>Mimoterapeutické vlivy (ETF)</i>							
Symptomy					0,77	0,46	0,47
Adaptační schopnosti						0,61	0,53
Náhled							0,73

Obecné komentáře a doporučení

V této části se dotkneme obecnějších problémů při používání CHAP. Každé hodnocení neodmyslitelně obsahuje konflikt. Na jedné straně je přirozené co nejlépe popsat léčbu v rámci stanovených kategorií, vystihnout, jestli byla efektivní, málo efektivní, nebo jaká vlastně byla. Takový popis předpokládá, že existuje dostatečně obecný výsledek, který je typický a pokud možno obvyklý u léčené skupiny pacientů. Čím je však větší variabilita, tím menší smysl mají podobná obecná tvrzení.

Je pravda, že můžeme dospět k průměrnému výsledku, ten však nemusí být obecný nebo typický. Pravděpodobně je to dáno povahou psychoterapie a psychoanalýzy, že léčba působí na každého pacienta jinak (Sandell, 1997). Má to však několik důsledků. Prvním z nich je fakt, že rozptyl pravých skóreů je informací ve statistickém smyslu, a tím bude realibilita nástroje měřícího efekt psychoterapie vyšší. Ze stejného důvodu pak budou korelace s dalšími proměnnými – například prediktory – vyšší, a tedy i spolehlivější. Na druhou stranu čím větší je rozptyl, tím menší je velikost účinku, a tím je i menší pravděpodobnost statisticky významných rozdílů ve srovnání s dalšími druhy léčby (Sandell, 1987d). Následkem toho dochází k manualizaci psychoterapie. Manuály mají snížit rozptyl efektu a poskytnout jeho měřítko u dané ideální léčby. Rozptyl ve výsledcích psychoterapie se tedy může stát dilematem a posuzovatel může být v pokušení za pomoci CHAP rozptyl ve svém hodnocení zmírnit. Tendence

k omezování zjištěného rozptylu, který je ve své podstatě pravdivý, a proto je spolehlivý, jsou nevhodné. Pro všechny, kteří provádí jakékoliv hodnocení, je důležité využívat celou šíři posuzovací škály a vyhýbat se tendenci využívat střední hodnoty nebo shlukovat hodnocené objekty do trsů.

Dalším problémem při využívání CHAP může být poněkud neobvyklý model změny, který je jeho logickým základem. Hodnotitelé jej musí přijmout za vlastní a poupravit své uvažování o změně, má-li být hodnocení skrze CHAP smysluplné. Za změnu je v CHAP považována pacientova vědomá i nevědomá zkušenost toho, že se změnil, a nikoli postup na vyšší úroveň v jakési proměnné zvané „úroveň fungování“. Kvantitativním parametrem je „rozdílnost“, pacientova zkušenost⁵ toho, že se změnil více, či méně výrazně. Velmi často s tím také souvisí pocity ohromení a podobně.

Jinou komplikací, na níž je třeba si dávat pozor a která omezuje svobodu v hodnocení, jsou úsudky a hodnocení posuzovatele, které se neshodují se zkušeností pacienta nebo bývalého pacienta. Je důležité zdůraznit, že hodnotitel je oprávněn tvořit si úsudek odlišný od úsudku pacienta, pokud jej dokáže obhájit a smysluplným způsobem doložit. Vzhledem k tomu, že pozorovatel si může uvědomovat procesy, fantazie a myšlenky, k nimž pacient nemá vědomý přístup, lze dokonce říct, že by se posuzovatelův úsudek měl lišit. Nejběžnějším případem je, pokud má tazatel/posuzovatel pocit, že to, co pacient říká, nezní opravdově, není přesvědčivé. Eventuálně získá dojem, že pacient odpovídá naučenými frázemi, ale není schopný obecné fráze konkretizovat na příkladu ze svého života. Nebo pacient může uplatňovat (*act out*) manické nebo depresivní obranné mechanismy. Často nemáme jiné vodítko než tazatelův pocit a stejně jako v případě protipřenosové reakce je třeba v těchto případech jednat obezřetně dřív, než je přisoudíme pacientovi, nikoliv tazateli.

Je také třeba zdůraznit, že takové chování či obrana pacientů mohou posuzovatele zavést jak k nadhodnocení, tak podhodnocení výsledku psychoterapie. V těchto případech je ale zřejmé, že pacientova zkušenost větší či menší změny nebyla integrována do vědomí. Je pochopitelné, že vědomé zkušenosti jsou důležitější než ty nevědomé, a jsou také tak hodnoceny. To proto, že pacientova vědomá životní spokojenost je důležitý psychotherapeutický cíl, proto jsou důležitější pacientem přijaté a zpracované zkušenosti a zážitky. Tazatel, který je také psychotherapeutem, může být v pokušení interpretovat to, čeho si pacient zdánlivě není vědom. Obzvláště pokud jde o pozitivnější obraz psychoterapie, než jaký má pacient ve vědomí. Výjimečně může tazatel poskytnout opatrnou interpretaci. Konec konců pacient si toho všeho vlastně může být vědom. Tazatel by se měl vyvarovat bližšího zkoumání pacientova nevědomí, protože jde pouze o rozhovor, nikoli o psychoterapii.

⁵ Kolektiv překladatelů se domnívá, že v tomto bodě má smysl rozlišovat mezi perspektivou prožívajícího pacienta a perspektivou posuzovatele.

Nicméně rozhovor po léčbě může mít a často také má psychoterapeutický vliv. Podle naší zkušenosti v Institutu psychoterapie pacienti určitý druh jakéhosi terapeutického působení během rozhovoru po léčbě hodnotí velmi kladně. Často tyto rozhovory považují za známku toho, že Institut, potažmo psychoterapeuti se o ně stále zajímají. Možná ještě významnější efekt, který rozhovor pacientům přináší, poskytuje příležitost ke zhodnocení a reflexi psychoterapie po jejím ukončení. Jde o shrnutí toho, co se během psychoterapie odehrálo, zopakování důležitých bodů a přijetí celého procesu s výhodou časového odstupu od psychoterapie. Je zřejmě nemožné vyvarovat se podpůrných nebo jinak terapeutických intervencí, i kdyby šlo pouze o strukturování nebo poukazy na širší souvislosti, o objasňování smyslu ve snaze pochopit, co vlastně pacient říká. Jedním z možných důsledků takových intervencí je vliv na hodnocení; posuzovatel může začít nadhodnocovat pacientovu změnu. Jiným důsledkem samozřejmě bývá, že se pacient může prezentovat jiným způsobem, než jak by se choval bez těchto interpretací. Do třetice: pokud dojde k pozitivnímu přenosu na tazatele, mohou být případné další interview tímto přenosem ovlivněny. Obecně ale v rámci experimentálního testování bylo zjištěno, že obdobný vliv přenosu na tazatele není významný.

Trénink tazatelů a posuzovatelů je velmi důležitou součástí toho, jak CHAP přizpůsobit pro běžné používání. V Institutu psychoterapie probíhají diskusní semináře, které jsou velmi ceněné. Nezaměřují se však primárně nebo výhradně na proces hodnocení či sdílení námětů, jak dělat dobrý rozhovor, ale obvykle se využívají jako příležitost sdílet myšlenky o psychoterapii a o tom, co znamená být psychoterapeut. Je důležitou zkušeností pro psychoterapeuty sdílející stejný výcvik, jak odlišně mohou slyšet to, co zazní z nahrávky. Interpretace jsou odlišné a hodnocení možná ještě odlišnější. Objevují se různé osobní teorie či hypotézy a subjektivní hodnocení. Například žena-pacientka, která opustila své děti a předala je do péče otce, může vyvolávat velmi odlišné reakce u posuzovatelek žen a posuzovatelů mužů. Jiné případy nemusí být tak zřejmé, ale právě proto, že nejsou tak očividné, kladou nároky na proškolení tazatelů i posuzovatelů a i jejich pokračování v procvičování CHAP v praxi.

Pravděpodobně neexistuje žádný bezproblémový hodnotící nástroj. Posuzovací nástroje založené na subjektivním pohledu jsou plné různých potíží. CHAP samozřejmě není výjimkou. Na základě naší dlouhodobé zkušenosti s CHAP stejně jako s dalšími hodnotícími metodami však věříme, že CHAP je smysluplný a potenciálně spolehlivý zdroj informací o důležitých aspektech změny v psychoterapii a psychoanalýze.

Hodně štěstí při jeho používání!

Literatura

- Bereiter, C. (1967). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In C. W. Harris (Ed.), *Problems in measuring change*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M., & Schachter, A. (1996, April). *Reflective – self-functioning manual for application to Adult Attachment Interviews*. Confidential Document (Draft 3.3).
- Harris, C. W. (Ed.). (1967). *Problems in measuring change*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lord, F. M. (1967). Elementary models for measuring change. In C. W. Harris (Ed.), *Problems in measuring change*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (Eds.). (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York, NY: Basic Books.
- Pfeffer, A. (1959). A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 418–444. <https://doi.org/10.1177%2F000306515900700302>
- Sandell, R. (1987a). Assessing the effects of psychotherapy. I. Analysis and critique of present conventions of estimating change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 29–36. <https://doi.org/10.1159/000287995>
- Sandell, R. (1987b). Assessing the effects of psychotherapy. II. A procedure for direct rating of psychotherapeutic change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 37–43. <https://doi.org/10.1159/000287996>
- Sandell, R. (1987c). Assessing the effects of psychotherapy. III. Reliability and validity of „Change after Psychotherapy“. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 44–52. <https://doi.org/10.1159/000287997>
- Sandell, R. (1987d). Assessing the effects of psychotherapy. IV. The incompatibility between the logic of the experiment and the nature of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 53–58. <https://doi.org/10.1159/000287998>
- Sandell, R. (1997). Psychotherapeutic change is predictable, spontaneous change is not. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 925–933. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199712\)53:8%3C925::AID-JCLP18%3E3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199712)53:8%3C925::AID-JCLP18%3E3.0.CO;2-M)
- Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization*. New York, NY: International Universities Press.
- Schlessinger, N., & Robbins, F. (1974). Assessment and follow-up in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 542–567. <https://doi.org/10.1177/000306517402200305>
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Guilford.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York, NY: Guilford.
- Zilberg, N. J., Wallerstein, R. S., DeWitt, K. N., Hartley, D., & Rosenberg, S. E. (1991). A conceptual analysis and strategy for assessing structural change. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 317–342.

O autorovi

ROLF SANDELL, Ph.D. (nar. 1938) je emeritní profesor klinické psychologie na universitě ve švédském Linköpingu.¹ V současnosti aktivně působí jako vedoucí výzkumník na universitě v Lundu.² Byl hostujícím profesorem na Psychoanalytickém oddělení katedry psychologie v londýnské University College London a v letech 2004–2013 zde působil jako člen pedagogického sboru vzdělávacího programu pro výzkumníky v psychoterapii při Mezinárodní psychoanalytické asociaci (IPA, Research Training Programme).³ Působil jako evropský předseda výzkumného poradního výboru IPA.



Dr. Sandell byl v letech 2004–2013 sekretářem Národního výboru pro psychologii při Královské švédské akademii věd. Je členem Švédské psychoanalytické asociace. V roce 2010 získal prestižní mezinárodní cenu Sigourney Award za významný přínos pro psychoanalytické myšlení. Jeho stěžejním výzkumným zájmem je výzkum léčby, především psychotherapeutický výzkum. V posledních letech se zaměřoval především zkoumáním výsledků psychotherapeutických intervencí jako funkce individuálních rozdílů mezi pacienty a psychotherapeuty. Díky svému zájmu o individuální rozdíly vytvořil několik výzkumných hodnotících nástrojů. Dlouhodobě se zajímá a spoluvytvořil projekty zkoumající sociální a emoční vzdělávání dětí ve školách. V současnosti vede rozsáhlou studii zaměřenou na krátkodobou psychodynamickou psychoterapii a KBT u pacientů s panickou poruchou. Webový portál Researchgate.net shrnuje Sandellovu publikační činnost.⁴

¹ <https://liu.se/en>

² <https://www.lunduniversity.lu.se>

³ http://www.efpp.org/research/announcement_ipa.pdf

⁴ https://www.researchgate.net/profile/Rolf_Sandell

Ediční rada Masarykovy univerzity:

PhDr. Jan Cacek, Ph.D.; Mgr. Tereza Fojtová; Mgr. Michaela Hanousková;
doc. RNDr. Petr Holub, Ph.D.; doc. Mgr. Jana Horáková, Ph.D.;
prof. MUDr. Lydie Izakovičová Hollá, Ph.D.; prof. PhDr. Mgr. Tomáš Janík, Ph.D.;
doc. JUDr. Josef Kotásek, Ph.D.; prof. PhDr. Tomáš Kubiček, Ph.D.;
doc. RNDr. Jaromír Leichmann, Dr. rer. nat.; doc. Ing. Petr Pirožek, Ph.D.;
doc. RNDr. Lubomír Popelínský, Ph.D.; Mgr. Kateřina Sedláčková, Ph.D.;
prof. RNDr. Ondřej Slabý, Ph.D.; prof. PhDr. Jiří Trávníček, M.A.;
doc. PhDr. Martin Vaculík, Ph.D.

POSOUZENÍ ZMĚN PO UKONČENÍ PSYCHOTERAPIE [CHAP]: ČESKÁ VERZE MANUÁLU

Rolf Sandell, David Holub, Tomáš Řiháček a Jan Roubal

Editor českého vydání David Holub
Jazyková korektura Michaela Nondková
Obálka Eliška Váchová
Grafická a typografická úprava Tomáš Řiháček a Lenka Váchová
Vydala Masarykova univerzita,
Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno

1. vydání, 2019

ISBN 978-80-210-9244-0
<https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-9244-2019>

www.press.muni.cz

Psychoterapeuti mají spíše výjimečně příležitost získat spolehlivou zpětnou vazbu a dozvědět se, jak se daří jejich klientům/pacientům, případně absolventům psychoterapeutického výcviku. Posuzování výsledků psychoterapie je součástí narůstajícího počtu výzkumných studií. Metoda CHAP (Change After Psychotherapy) nejen originálně hodnotí změny prožívání po ukončení psychoterapie, ale rozvíjí klinické, výzkumné, vzdělávací a supervizní dovednosti samotných psychoterapeutů. Smyslem rozhovoru CHAP je co nejsrozumitelněji zachytit, jak jinak se posuzovaná osoba cítí po absolvování psychoterapie, v čem se cítí jinak a proč se vnímá jako jiný člověk než před léčbou. Kvalitativní rozhovor umožňuje například identifikovat klíčové momenty v terapii, zachytit integraci zisků z terapie do každodenního života klienta, popsat různé aspekty terapeutického vztahu a jeho případných narušení či vysvětlit zdánlivě protichůdné informace o výsledcích psychoterapie. Retrospektivní metody včetně CHAP představují legitimní výzkumnou perspektivu, která doplňuje tradičnější prospektivní metody sledování změny v psychoterapii. Retrospektivní rozhovor přináší terapeutovi zpětnou vazbu, pomáhá mu nacházet souvislosti a konceptualizovat terapeutický proces. Český překlad manuálu CHAP přináší odborné komunitě nový pohled na psychoterapeutickou změnu jako kvalitativní zkušenost s osobním významem. Retrospektivní metoda CHAP nabízí fenomenologické zachycení této prožitkové změny. Manuál přibližuje dvě fáze CHAP metody: v prvním kroku způsob vedení polostrukturovaného rozhovoru, pomocí kterého tazatel získává informace o změnách, které pacient/klient/absolvent psychoterapeutického výcviku ve svém životě zažívá během psychoterapie nebo po jejím ukončení. Ve druhém kroku navazuje hodnocení audio nebo videozáznamu získaného rozhovoru nezávislým posuzovatelem (nebo samotným tazatelem). Hodnotitelé odhadují míru změn ve čtyřech subškálách (symptomy, adaptační kapacita, náhled, základní konflikt) a současně se zamýšlí nad vlivem mimoterapeutických faktorů. Rolf Sandell, autor CHAP metody, více než výmluvným způsobem uzavírá manuál těmito slovy: *„Pravděpodobně neexistuje žádný bezproblémový hodnotící nástroj. Posuzovací nástroje založené na subjektivním pohledu jsou plné různých potíží. CHAP samozřejmě není výjimkou. Na základě naší dlouhodobé zkušenosti s CHAP stejně jako s dalšími hodnotícími metodami však věříme, že CHAP je smysluplný a potenciálně spolehlivý zdroj informací o důležitých aspektech změny v psychoterapii a psychoanalýze. Hodně štěstí při jeho používání!“*