

# Současná psychoterapie

Zbyněk Vybíral, Jan Roubal (Eds.)

## Kazuistika v současné psychoterapii

David Holub

*Psaní není nic jiného než řízený sen*  
(Borges, 1970)

### 1.1 Proč kazuistiky psát a publikovat

Psychoterapeutická profese se odehrává povětšinou v samotě terapeutické pracovny. Kazuistika je jednou z možností, jak emočně bohatou zkušenost terapeuta zachytit, formulovat své porozumění a probudit kritickou diskusi. Navzdory snahám zachytit a dokumentovat terapeutické dění objektivněji (zvukový záznam, videonahrávka) (Thomä, Kächele, 2007), má kazuistika nadále zásadní a nedocenitelný význam. Umožňuje sdělovat klinická fakta, provádět supervizi, výzkumně se zabývat psychoterapií, podněcuje k reflexi a novému přemýšlení nad vlastní klinickou praxí. Podrobný rozbor jednotlivých případů přibližuje autorovy terapeutické hypotézy, postupy, jeho vidění průběhu terapie, jeho a pacientův podíl na interakcích v rámci terapeutického vztahu. Právě metoda detailního popisu a poučená diskuse nám může napomoci „vytáhnout“ ústřední terapeutický nástroj - osobnost terapeuta, a učit se - podobně jako v šachové a řečové hře - ze zkušenosti druhých, z jednotlivých terapeutických tahů (Holub, 1999). Podrobné zachycení léčby umožňuje hodnotit terapeutickou změnu (Thomä, Kächele, 2007). Psaní kazuistik stimuluje teoretické vzdělávání a zájem o psychoterapii samotnou. Vytváření textu je i výcvikem v jeho interpretaci, vede k rozvinutí dovednosti argumentovat a přesvědčit (Čmejková et al., 1999; Davy, 2004). Napsaný text autorovi objasňuje klinická fakta bez použití cizí znalosti. Kazuistika se stává rámcem, ve kterém autor organizuje své myšlení (Corrie a Lane, 2006). Psaný text napomáhá rozvoji osobnosti a jejího myšlení (Čmejková et al., 1999). Reflexí své praxe se psychoterapeut nadále učí o sobě (Kantrowitz, 1996) a prohlubuje sebezkušenost.

### 1.2 Autor, kazuistika a čtenář

Motivy uveřejnit kazuistiku sahají od upřímného sdělení toho, co autor považuje za důležité, přes plnění akademické povinnosti, kariérních ambic, patolízalského pochlebování až po narcistickou přehlídku vlastní skvělosti (Britton, 1994). Jsou autoři, kteří píšou v bláznivém omámení vlastní chytrostí, nápaditostí, sečtělostí, neobvyklou tvořivostí či vyjadřovacím talentem nebo kazuistiku chápou jako příležitost vyzpovídat se (Davy, 2004). Předmětem takového psaní je autor sám, nikoliv téma, které se chystal diskutovat (Ogden, 2005). Někdy kazuistika ztělesňuje terapeutovo přání zůstat natrvalo spojený s pacientem jako součást ukončování hlubokých vazeb v závěrečné fázi terapie, která i pro terapeuty představuje emoční zátěž (Howard, 2008).

Psaní doprovází všudypřítomná publikační úzkost (Britton, 1994). K jejím zdrojům patří jak strach z odmítnutí důležitými čtenáři, tak strach z obvinění kolegů, na které je autor navázán, a také z toho, že bude z odborných skupin vyobcován. Je-li úzkost nepřiměřeně velká, přispívá k úplné inhibici a nemožnosti publikovat nebo ke zkrácenému či zmatečnému textu. Popření publikační úzkosti na druhé straně vede k povrchním a samolibým textům, přehnané publikační horlivosti, obrazoborectví a umanuté rebelii nebo přechází do iluze originality v nevědomé identifikaci s předchozím dílem autorit (Britton, 1994). McDougallová (1995) pojímá vztah mezi autorem a anonymním publikem jako milostný poměr, který je plný úskalí. Publikum se může stát projekčním plátnem a součástí nevědomé inscenace, v níž autor opakuje vztahový vzorec z minulosti. Často svádí před dokončením svého díla nevědomou bitvu s tímto vnitřním objektivním světem. Nemusí své dílo považovat za vhodné ke zveřejnění. Oživuje se konflikt mezi přáním být známý, oceňovaný, přijatý, chtěný a lidmi pochopený a strachem, že bude odhalen a kontrolován skrze nejintimnější vyjádření svého vnitřního světa.

Mnoho terapeutů píše kazuistiku, aby se vyrovnali s protipřenosově obtížnou situací, zejména s pocity zlosti, bezmoci, nepochopení a agrese vůči pacientovi. Tyto prožitky zůstávají nevyřešené a stojí za volbou kazuistického pacienta (Gabbard, 2000a). Pokud je pacient veřejně známou osobou, měl by si terapeut nechat ujít uspokojení vytáhnout se skrze publikaci před kolegy. Terapeut by měl také vědět, že pacient-spisovatel nebo novinář může terapeuta velmi zdatně ztvárnit a nejspíše bude tím, kdo se směje naposled (Gabbard, 2000a). Píšíci terapeut by měl být připravený na závistivé a soutěživé pocity, které probudí u kolegů, kteří neuskutečnili své ambice (Kantrowitz, 2004). Mnoho zkušených učitelů psychoterapie se však ukrývá za výmluvu, že nemohou prezentovat kazuistickou ukázkou, aby ochránili důvěrnost pacientových informací (Gabbard, 2000b).

### **1.3 Jak kazuistiku psát**

Formální podobu příspěvku určují požadavky konkrétního časopisu. Srozumitelnost, čtivost a napínavost textu pomáhá jeho komunikační funkci. Kazuistické sdělení by mělo tlumočit nové klinické porozumění (např. určitému jevu v terapii, technice, poruše chování nebo prožívání). Praktické otázky při sepisování kazuistiky shrnují **Tabulky 1.1 a 1.2**. Autoři by měli potvrdit, že článek nebo jeho hlavní část nebyl již publikován jinde, ani že neuvažují o jeho částečné/úplné publikaci v jiném časopise a žádným způsobem neporušuje autorská práva (copyright). Ve všech příspěvcích s prezentací kazuistiky musí také autoři uvést v příloženém dopise metodu, kterou zvolili k ochraně pacientova soukromí a jaké způsoby zvažovali (Gabbard a Williams, 2001). Tato informace se uchovává odděleně od vlasního příspěvku, aby nedošlo k narušení anonymity. Pokud pacient nebo pacienti podepíší informovaný souhlas, je povinností autorů v příloženém dopise uvést, zda byl informovaný písemný souhlas uložen a zda je v případě potřeby k dispozici.

### **1.4 Ochrana důvěrných údajů**

Pacient musí mít naprostou záruku, že mu nebude vadit nic z toho, co řekl, ani ho to nebude pohoršovat nebo z toho pro něj nepoplynou žádné důsledky mimo terapeutické sezení. Jen za těchto podmínek s námi může mluvit (Tuckett, 1993). Freud (1996) byl přesvědčený, že by žádný pacient nehovořil svobodně, pokud by věděl, že materiál ze setkání bude publikován. Ve svém případě Dory vyjmenoval opatření, kterými zabezpečil důvěrnost informací: pacientka o které psal, nebyla z Vídně a nikdo nevěděl, že k němu do léčby dochází; čekal čtyři roky po ukončení

léčby; nepoužíval identifikovatelná jména; případ publikoval v odborném časopise, který v té době četli pouze lékaři. Terapeuti si však dnes nemohou být zdaleka tak jistí, že uvedené způsoby zachování důvěrnosti budou účinné (Kantrowitz, 2004). Pacienti na internetu terapeuty vyhledávají a internetový přístup k publikovaným kazuistikám umožňuje veřejnosti přečíst si práce jakéhokoliv terapeuta (Gabbard, 2000a).

O nezastupitelném místě kazuistického sdělení v psychoterapii není pochyb. Terapeut však nevyhnutelně čelí konfliktu zájmů. Musí chránit důvěrnost sdělení svých pacientů a současně věrohodně doložit své myšlenky (Kantrowitz, 2004). Užití klinického materiálu k výukovým nebo publikačním účelům je také střetem zájmů mezi ochranou pacientova soukromí a vzdělávacími a výzkumnými potřebami psychoterapie. Další konflikt spočívá v používání důvěrné pacientovy informace v zájmu terapeuta rozvoje a odborného růstu (Gabbard, 2000a). Terapeuta ani pacienta by publikování kazuistiky nemělo nadměrně zatížit nebo poškodit (Goldberg, 1997). Ochrana pacientova soukromí je nadřazená terapeutově potřebě publikovat (Gabbard, 2000a). Řešení není přestat psát o pacientech, ale s nevyhnutelnými konflikty naložit co nejpoctivěji. Uvedená dilemata lze řešit některými z následujících strategií:

- 1) důkladnou anonymizací (např. vynecháním osobních, časových a místních charakteristik včetně zdravotního stavu),
- 2) získáním pacientova souhlasu se zveřejněním,
- 3) přístupem zaměřeným výhradně na proces (nikoliv pacienta),
- 4) užíváním kombinovaných kazuistik složených z více pacientů nebo
- 5) přizváním více spoluautorů, které ztěžuje identifikaci terapeuta, u kterého se prezentovaný pacient léčí. Každý z uvedených přístupů má své použití, přednosti a svá rizika a lze je přirozeně možné kombinovat (Gabbard, 2000a). Anonymizace by měla dosáhnout té míry, že ani vytrvalé a rozsáhlejší vyhledávání (po internetu, telefonování potenciálním informátorům atd.) by nemělo odhalit pacientovu identitu (Pies, 2007). Právní pohled na publikování kazuistiky v ČR shrnuje **tabulka 1.3**. Je potřeba vědět o pacientech, které kazuistika může poškodit, případně retraumatizovat (Kantrowitz, 2004). Řadí se sem nadměrně vyhovující, traumatizovaní, zneužívaní nebo paranoidní pacienti. Terapeut předem neví, kteří pacienti budou kazuistikou nebo žádostí o svolení k prezentaci cítit zranění a který aspekt článku je může poškodit. Sporné je také do kazuistických sdělení zařazovat současné nebo budoucí kolegy ve výcviku. V těchto případech je vždy nutné získat souhlas s otištěním kazuistiky a postoj kolegů respektovat (Goldberg, 1997). Je pravděpodobné, že se budoucí psychoterapeuti v kazuistice poznají a že je pozná někdo další. Je velmi užitečné pravidelně články diskutovat s kolegy a mít jejich zpětnou vazbu (Gabbard, 2000a). Při velkých pochybách navrhuje Pies (2007) test spánkem: pokud v noci nemůžete spát a přemítáte, zda kazuistiku publikovat, tak to raději nedělejte.

### **1.5 Reakce pacientů na své kazuistické ztvárnění**

*§ Jednou si pacientka přečetla, co jsem o ní napsal. Psal jsem o ní jako o muži, přidal do prezentace materiál ještě z jiného případu a vytvořil tak složenou kazuistiku.*

*Přesto se poznala a byla našťvaná, rozrušená a cítila se obnažená. Zeptal jsem se jí, jestli by ji někdo mohl poznat. Řekla mi, že ne. Pověděla však dalším lidem, že se objevila v článku; sama se odhalila. Bylo to pro ni traumatické (Kantrowitz, 2004).*

§§

Pacienti se rozhodnutím terapeuta napsat o nich cítí vyděšení, rozčilení, pobouření nebo zklamání, že se terapeut stará víc o sebe a své profesní zájmy a ožívuje pocity opuštění. Mnozí se cítí otřesení ve své důvěře, okradení o svůj příběh a použití, což může zrušit dosavadní zisk z terapie. Řada pacientů si naopak přeje potěšit terapeuta, sami se cítí ocenění nebo uspokojeni speciálním statutem. Jiní vylíčením svého příběhu touží zesměšnit sebe nebo své nejbližší (Kantrowitz, 2005). Svědectví pacientů po ukončení terapie dokládá, že **samotná anonymizace nezaručuje ochranu** pacienta a požádání o souhlas se zveřejněním případu probouzí další nečekané procesy (Kantrowitz, 2004, 2005).

## 1.6 Závěr

Kazuistika je „zkreslenou zprávou o terapeutově rekonstrukci klinických událostí“ (Ogden, 2005), která nezachycuje skutečné dění uvnitř terapeutovy pracovní objektivity nebo věrně dokumentaristicky. Čtení textu vytváří prožitek, který odráží prožitek terapeuta s pacientem. Na rozdíl od spisovatele musí terapeut zůstat věrný tomu, co se skutečně odehrálo mezi ním a pacientem. „Aby terapeut mohl čtenáři sdělit něco pravdivého o své emoční zkušenosti s pacientem, musí ji přeměnit ve „fikci“, která pravdu terapeutického prožitku komunikuje čtenáři (Ogden, 2005). V prožitku čtení mohou znovu zpřítomnit emoční zkušenost terapeuta. Co mě se dělo, děje se čtenáři (Bion, 1992). Kromě této zprostředkující funkce by měl kazuistický literární „žánr“ (Ogden, 2005) pravdivě odrážet klinickou situaci, nepoškozovat pacienta a jeho terapii a naplňovat publikační požadavky.

### **K četbě doporučujeme:**

- Goldberg, A. (1997). Writing case historie. *Internat J Psychoanal* 78, 435-438.
- Gabbard, G. O. (1997). Case histories and confidentiality. (Letter to the editor). *Int. J. Psychoanal. Psychother.* 78, 820-21.
- Gabbard, G.O. (2000). Disguise of consent: Problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *Internat J Psychoanal* 81, 1071-1086.

### **Tabulka 1.1 Požadavky na kazuistiku ke specializační zkoušce subkatedry psychoterapie IPVZ (Mikota, 2009)**

#### **Rámeček začátek**

- 1) *Úvod* je třeba sepsat na základě jednoho nebo více úvodních pohovorů ještě před započítím vlastní psychoterapie. Úvod obsahuje především subjektivní dojmy terapeuta vyvolané pacientem a terapeutovy první hypotézy o tom, na čem a jak je třeba pracovat (popř. včetně vhodnosti metody, kterou praktikuje).
- 2) Stručný *popis celého terapeutického procesu*, nejlépe ve formě příběhu, v žádném případě ne po jednotlivých sezeních.
- 3) *Ukázka* z jednoho nebo dvou sezení s doslovným *záznamem interakcí* (verbálních i neverbálních) a včetně „vnitřní“ (nahlas nevyslovené) práce terapeuta na nových, pacientovým dalším materiálem probuzených hypotézách a jeho rozhodování, zda jich hned použít k intervenci, nebo si je „zavěsit“ na nějaké přístupné místo své mysli, aby je měl pohotově k dispozici, až pacientova další produkce hypotézy podpoří. Obzvlášť se cení ukázka některého z počátečních setkání a další ukázka z pokročilejší práce. Ukázky popisují interakce mezi pacientem a terapeutem, co terapeutovi běželo hlavou a také co neřekl a proč to neřekl. Co řekl a udělal pacient, co terapeut cítil, jak terapeut rozuměl tomu, co pacient řekl nebo udělal v souvislosti s tím, jak to prožíval terapeut. Co řekl nebo udělal terapeut, jak terapeut rozuměl tomu, co on sám řekl

nebo udělal, co potom pacient řekl nebo udělal a jak tomu terapeut porozuměl atd. Interakce by měla obsahovat jasně vyjádřenou komunikaci a umožňovat nezávislé a samostatné posouzení čtenářem.

4) *Závěr* obsahuje zejména popis a hodnocení tzv. *kurativních faktorů*. Terapeut vyslovuje svůj názor na to, proč podle něj došlo k popsáným změnám, anebo proč jím očekávané změny nenastaly. To znamená, že případ nemusí být úspěšný, pokud má uchazeč o specialisaci nějakou představu o tom, proč se proces nepovedl.

5) Terapeut pracující psychoanalyticky nebo psychodynamicky ještě uvádí „*metapsychologický*“ *rozbor* proběhlého procesu (který vztahuje k fiktivnímu psychickému aparátu).

#### **Rámeček konec**

### **Tabulka 1.2 Praktické body při psaní kasuistiky, které pomáhají, jsou užitečné a oceňují se**

(upraveno podle Leuzinger-Bohleber, 1995; Tuckett, 2001; Corrie a Lane, 2006; Pies, 2007; Gabbard a Williams, 2001)

#### **Rámeček začátek**

*Formální stránka prezentace:*

Jasný popis terapeutického setkání, které konkrétně přibližuje terapeutické uspořádání (například frekvenci setkání, další praktická ujednání).

Specifické psychopatologické příznaky pacienta a jeho subjektivní strádání před začátkem léčby.

Přiblížení prožitků terapeuta, jeho role a pocitů vůči pacientovi.

Srozumitelné sledování jednotlivých kroků, jak a na základě čeho terapeut dospěl k jednotlivým hypotézám.

*Specifičnost, jasnost klinického materiálu:*

Odlišení faktů a pozorování od terapeutových hypotéz a výkladů.

Uměřené užívání terapeutického žargonu, vágních teoretických konstruktů, abstraktní teoretické clony. Konkrétní příklady, ze kterých je zřejmé, jak terapeut s pacientem skutečně pracuje.

Text ale na druhé straně není přehlcen podružnými údaji o pacientovi nebo nadbytkem přímé řeči. Pokus přiblížit úplný obraz pacientova života nevytlačuje demonstrované téma do pozadí.

Předkládané klinické údaje lze vysvětlit i jiným způsobem, umožňují „komunikativní ověření“, tj. nezávislé a kritické posouzení čtenářem.

Kritická diskuse, jak autor dospěl k terapeutickým hypotézám a jak je odvodil z klinické situace. Uvedení alternativních hypotéz a klinických jevů, které hypotézy nepotvrzují nebo zamítají.

#### **Rámeček konec**

### **Tab 1.3 Stanovisko právního oddělení České lékařské komory, prosinec 2006**

#### **Rámeček začátek**

Žádný obecně závazný právní předpis publikaci osobních dat bez souhlasu pacienta v České republice přímo neupravuje. Povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků právně upravuje § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a obecná úprava ochrany osobních údajů obsažená v zákoně č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Z obou zmíněných právních předpisů vyplývá, že údaje o pacientech jsou citlivými osobními údaji a jejich *uveřejnění bez souhlasu pacienta je v zásadě vyloučeno*. Pokud se v popisovaném případě dle uveřejněné specifiky pozná pouze pacient/ka, nemusí se samozřejmě ještě jednat o porušení

povinné mlčenlivosti. Jsou-li uveřejněné údaje *anonymizovány* tak, že kromě pacienta/ky by *pro třetí osoby* bylo jeho/její *ztotožnění nemožné*, pak k průlomům do povinné mlčenlivosti nedošlo. V této souvislosti je třeba mít vždy na zřeteli, že uveřejňování kazuistik je právně nezávadné právě jen tehdy, *nelze-li z nich ze strany třetích osob pacienta identifikovat*.

### **Rámeček konec**

### **Literatura**

- Bion, W.R. (1992). *Cogitations*. London: Karnac.
- Britton, R. (1994). Publication Anxiety: Conflict Between Communication and Affiliation. *International Journal of Psycho-Analysis* 75, 1213-1224.
- Corrie, S., Lane, D.A. (2006). Constructing stories about clients' needs: Developing skills in formulation. In: Bor, R., Watts, M. (Eds). *The Trainee Handbook: A Guide for Counselling and Psychotherapy Trainees*. London: Sage, 68-90.
- Čmejková, S., Daneš, F., Světlá, J. (1999). *Jak napsat odborný text*. Praha: Leda, 236.
- Davy, J. (2004). The functions of case studies: Representation or persuasive construction? *Counselling Psychology Review* 19(1), 22-38.
- Freud, S. (1996). *Determinismus – víra v náhodu a pověra*. In: Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Psychopatologie všedního života. Čtvrtá kniha. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiřího Kocourka, 224.
- Gabbard, G. (2000a). Disguise or Consent. *International Journal of Psycho-Analysis* 81, 1071-1086.
- Gabbard, G. (2000b). How Not to Teach Psychotherapy. *Academic Psychiatry* 29, 4.
- Gabbard, G. O. and Williams, P. (2001). Preserving Confidentiality in the Writing of Case Reports. *International Journal of Psycho-Analysis* 82, 1067-1068.
- Goldberg, A. (1997). Writing case histories. *Int. J. Psychoanal. Psychother* 78, 435-8.
- Holub D. (1999). Editorial Revue číslo I/1, *Revue psychoanalytická psychoterapie* I (1), 2-4.
- Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie*. Stručný přehled. Praha: Portál.
- Kantrowitz, J.L. (1996). *The Patient's Impact on the Analyst*. Hillsdale: Analytic Press.
- Kantrowitz, J.L. (2004a). Writing about patients: I. Ways of protecting confidentiality and analysts' conflicts over choice of method. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 52, 69–99.
- Kantrowitz, J.L. (2004b). Writing about patients: II. Patients' reading about themselves and their analysts' perceptions of its effect. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 52, 101–123.
- Kantrowitz, J.L. (2004c). Writing about patients: III. Comparisons of attitudes and practices of analysts residing outside of and within the United States. *International Journal of Psychoanalysis* 85, 3–22.
- Kantrowitz, J.L. (2005a). Patients reading about themselves: A stimulus for psychoanalytic work. *Psychoanal Q* 74, 365-95.
- Kantrowitz, J.L. (2005b). Writing about patients: IV. Patients' reactions to reading about themselves. *J Am Psychoanal Assoc* 53, 103-29.
- Kantrowitz, J.L. (2005c). Writing about patients: V. Analysts reading about themselves as patients. *J Am Psychoanal Assoc* 53, 131-53.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2005). *What is Conceptual Research in Psychoanalysis?* Přednáška prezentovaná na zimním setkání Americké psychoanalytické asociace, 21.1.2005.

- McDougall, J. (1995). The Artist And The Outer World. *Contemporary Psychoanalysis* 31, 247.
- Mikota, V. (2009). Požadavky na kazuistiku ke specializační zkoušce subkatedry psychoterapie IPVZ. <http://www.ipvz.cz/pracoviste/2223/kontakty-pracoviste.aspx>
- Ogden, T. H. (2005). On psychoanalytic writing. *International Journal of Psycho-Analysis* 86, 15-29.
- Pies, R. (2007). Writing About Patients: The Perennial Dilemma. *Psychiatric Times* 24 (14), 12.
- Thomä, H., Kächele, H. (2007). Comparative Psychoanalysis on the Basis of a New Form of Treatment Report. *Psychoanalytic Inquiry* 27, 650-689.
- Tuckett, D. (1993). Some thoughts on the presentation and discussion of the clinical material of psychoanalysis. *Internat. J. Psychoanal.* 74, 1175-1189.
- Tuckett, D. (2001). Towards A More Facilitating Peer Environment. *International Journal of Psycho-Analysis* 82, 643-651.