

"Dvojí vědomí" v psychoterapii u pacientů žijících s pokročilým nádorovým onemocněním

Ken Colosimo

York University

Rinat Nissim

University Health Network a University of Toronto

Alberta E. Pos

York University

Sarah Hales, Camilla Zimmermann a Gary Rodin

University Health Network a University of Toronto

V souvislosti s pokročilým nádorovým onemocněním se používá termín dvojí vědomí, který popisuje schopnost člověka začlenit se do života a zároveň se připravit na blížící se smrt. Tento fenomén má velký význam pro psychotherapeutické intervence zaměřené na osoby, které se vyrovnávají se smrtelnou nemocí, ale výzkum tohoto fenoménu se objevil teprve nedávno. Cílem tohoto článku je (a) popsat fenomén dvojího vědomí a (b) představit rozvíjející se racionální model toho, jak lze dvojí vědomí kultivovat v procesu nedávno vyvinuté integrativní psychoterapie nazvané "Zvládání rakoviny a smysluplný život". Při konstrukci tohoto racionálního modelu byla použita metoda analýzy problému. Článek integruje relevantní poznatky z existenciální, prožitkové, humanistické a psychodynamické psychoterapie vztahující se k problematice pokročilé nemoci a blížící se smrti a nabízí rámec pro budoucí výzkum tohoto důležitého tématu.

Klíčová slova: dvojí vědomí, úzkost ze smrti, analýza problému, nevléčitelná nemoc.

Tento článek byl zveřejněn v Online First 27. února 2017.

Ken Colosimo, katedra psychologie, York University; Rinat Nissim, oddělení podpůrné péče, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network a katedra psychiatrie, University of Toronto; Alberta E. Pos, katedra psychologie, York University; Sarah Hales, Camilla Zimmermann a Gary Rodin, oddělení podpůrné péče, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network a katedra psychiatrie, University of Toronto.

Korespondenci týkající se tohoto článku zasílejte na adresu: Ken Colosimo, Department of Psychology, York University, Behavioural Science Building, 4700 Keele Street, Toronto, ON M3J 1P3, Canada. E-mail: kennethc@yorku.ca

Cílem tohoto článku je formulovat model "dvojího vědomí" v kontextu nedávno vyvinuté integrativní psychoterapie s názvem "Managing Cancer And Living Meaningfully" (CALM; Hales, Lo a Rodin, 2015) pro osoby s pokročilým stadiem rakoviny. U pokročilých stadií rakoviny se "interval mezi životem a smrtí" – definovaný jako interval mezi krizí vědomí smrti v okamžiku stanovení diagnózy a okamžikem smrti (Pattison, 1977) – výrazně prodloužil v důsledku nových léčebných postupů. Ačkoli pokročilé nádorové onemocnění nelze vyléčit, jeho prognóza se dnes často měří na měsíce nebo roky. V tomto kontextu prodlouženého intervalu mezi životem a smrtí se dvojí vědomí obecně vztahuje ke schopnosti jedinců s pokročilým nádorovým onemocněním udržet a vyjednávat dialektické napětí, které vzniká mezi tím, jak zůstat zapojeni do života, a zároveň se připravovat na blížící se smrt (Hales et al., 2015; Rodin & Zimmermann, 2008). Prodloužený interval mezi životem a umíráním také znamená více času a příležitostí pro benefit psychologických intervencí. Dosažení dvojího vědomí jako takového může být při jakékoli intervenci pro nevléčitelné nemocné terapeutickým úkolem i ukazatelem dobrého výsledku psychologických intervencí pro klienty "žijící tváří v tvář smrti" (Coyle, 2006; Nissim et al., 2012). Koncept dvojího vědomí byl rozvinut a rozpracován ve studii Rodina a Zimmermanna (2008), v níž zpochybňují tradiční názory týkající se všeobecné rozšířenosti popírání smrti. Jejich koncept dvojího vědomí zohledňuje nemožnost vyhnout se vědomí smrti tváří v tvář pokročilé nemoci, a to i při pokračování v životě. Navrhují reformulace, které zohledňují novější koncepty z teorie vztahů týkající se disociace jako primární obranné operace a berou v úvahu mnohost, fluktuaci a proměnlivou integraci sebepojetí. Z jejich pohledu představuje dvojí vědomí odklon od Kubler-Rossově (1969), která se na zpracování smrti dívá spíše lineárně a v níž jsou koncepty přijetí a popření smrti pojímány jako jednotné, ale zároveň neslučitelné. Koncept dvojího vědomí byl neodmyslitelnou součástí tvorby intervence CALM, v níž se současně řeší oblasti života a umírání, a v níž každá z nich implicitně obsahuje svůj protiklad. Racionální model nastíněný v tomto článku vychází z fáze analýzy problému (Greenberg, 2007), metody orientované na objevování, která se používá za účelem modelování složek výkonu psychotherapeutického úkolu (v tomto případě projevoování dvojího vědomí v terapii CALM). Vycházejíce převážně z Rodina a Zimmermanna (2008), diskutujeme pojem dvojího vědomí ve vztahu k literatuře o vyrovnávání se se smrtí a umíráním, jakož i k literatuře z existenciální filozofie. Následuje popis námi zvolené metody a představení modelu.

Návrh teoretických úvah týkajících se dvojího vědomí

V návaznosti na posun v psychoanalytickém myšlení a na teorii citové vazby Rodin a Zimmermann (2008) poukazují na to, že vyrovnávání se se smrtelností zahrnuje škálu měnících se stavů nebo sebeorganizací, které jsou závislé na minulých a současných vztazích s citovou vazbou. Toto pojetí vícenásobných "já" kontrastuje s horizontálním rozdělením připisovaným Freudově teorii nevědomí. Podle nich může člověk, který čelí smrti, mít ve vědomí více zdánlivě protichůdných "já" stavů, které souvisejí například s takovými věcmi, jako je touha zůstat ve spojení s blízkými, zemřít s grácií a cítit se dezorientovaně nebo vyděšeně. Aktivace určitého sebepojetí je ovlivněna i ovlivňována řadou faktorů, včetně kontextu vztahů, povahy a míry fyzického utrpení a informací o prognóze a přežití. Schopnost dvojího vědomí je charakterizována schopností flexibilně přecházet mezi těmito vícenásobnými sebepojetími týkajícími se záležitostí života a záležitostí umírání, a to podle požadavků aktuální situace.

Z existenciálního filosofického rámce (např. Frankl, 1959; Heidegger, 1962; Yalom, 1980) je úzkost ze smrti považována za zásadní pro ontologickou povahu lidského bytí – to znamená, že "smrt" je zakotvena v tom, kdo a co jsme. Z toho vyplývá, že psychologická realita úzkosti ze smrti je závažnou a nevyhnutelnou záležitostí, s níž je třeba se vyrovnat, abychom mohli žít autentickou existencí. Zároveň je smrt lidským tajemstvím. Naše schopnost sebereflektovat způsobuje, že čelíme existenciálnímu napětí mezi touhou po řádu a smyslu (finitní, poznatelné) a konfrontací s případnou smrtí a neomezeným tajemstvím života (infininitní, nejisté), což je napětí velmi blízké Kierkegaardově a Camusově filozofii absurdity. Úkol čelit blížící se smrti vyžaduje, abychom zápasili s hranicemi poznání a s odvahou a trpělivostí přijali, že můžeme žít dál s pocitem vitality a smyslu, navzdory našemu hrubě omezenému poznání vesmíru.

Existenciální filozofie obecně tvrdí, že vědomí napětí mezi životem a smrtí má potenciál stát se zdrojem velkého zoufalství i hlubokého smyslu (Rodin & Zimmermann, 2008; Yalom, 1980). Z tohoto pohledu představuje dvojí vědomí adaptivní reakci na existenciální paradox: konfrontace s hranicemi vlastního bytí pomáhá člověku vidět možnosti života ve smrti a smrti v životě. Ačkoli "rozhovor o smrti" může být nepříjemný, ukázali jsme, že se spontánně objevuje v terapeutických sezeních jako reakce na otevřené dotazování ze strany terapeuta, který je vnímán jako podpůrný (Shaw, Chrysiou, Gessler, Rodin, & Lanceley, 2016). Navíc se ukázalo, že takto empaticky vedené rozhovory významně zlepšují psychickou pohodu u lidí žijících s pokročilou nemocí (Field & Copp, 1999; Wong & Tomer, 2011; Yalom, 1980, 2008).

Myšlenky na smrtelnost jsou často latentní u mladších a/nebo relativně zdravých jedinců, ale stávají se zřetelnějšími, když je smrtelnost patrná. Ty mohou zahrnovat znepokojivé myšlenky, že život byl promarněn, že vlastní já bude zničeno, že intimní vztahy a sociální vazby budou zpřetrhány nebo že nás čeká potrestání či nejistota (Florian & Kravetz, 1983). Takové myšlenky mohou být ohrožující, ale časový tlak a hloubka aktivovaných obav mohou také vytvářet bohaté "příležitosti pro smysluplné zapojení a pro účinný terapeutický proces" (Rodin & Zimmermann, 2008, s. 182). Vědomí smrti může zvýšit hodnotu terapeutického procesu a každodenních činností, jako je práce na zahradě, turistika nebo

loučení s blízkými při jejich odchodu na celý den. Z dialektického hlediska mohou takové životní okamžiky působit dojemně a vzácně díky hlubšímu pochopení jejich pomíjivosti a vědomí, že tato pomíjivost se týká všech zákoutí života.

Tvrdíme, že dvojí vědomí reflektuje udržování rovnováhy mezi vědomím reality smrti a angažovaností v životě. Tato rovnováha umožňuje jednotlivcům pokračovat v životě a zároveň se připravovat na umírání a smrt. Tvrdíme také, že "uvědomování si" a "popírání" smrti jsou nejlépe reprezentovány jako konečné stavy nebo polarities v gradaci zkušeností (tj. ne černobílé) a že jedinci čelící pokročilé nemoci disponují fluktuacním "středním vědomím" (Weisman, 1972) mezi zřejmým uvědomováním si smrti a jejím naprostým odmítnutím. Vědomí smrti může být silnější a slabší v závislosti na řadě proměnných, včetně fyzických příznaků nemoci, životních událostí a myšlenek/myšlenkových představ (Hutchings, 2012; Stroebe & Schut, 1999).

Kubler-Rossová (1969) významný model zármutku nabízí vhled do některých základních psychologických témat, která se aktivují u lidí čelících smrti a umírání. Stupně v jejím modelu zármutku (tj. popření, hněv, smlouvání, deprese a přijetí) jsou často vykládány jako postupný proces truchlení, ačkoli Kubler-Rossová později objasnila, že tyto jednotlivé fáze "nejsou zastávkami na nějaké lineární časové ose" (Kubler-Rossová & Kessler, 2005, s. 7). Její model nicméně předpokládá sekvenční, třebaže vratný proces, zatímco Rodinův a Zimmermannův (2008) model dvojího vědomí místo toho odkazuje na současné uvědomování si protichůdných stavů sebe sama. Stroebe a Schut (1999) ve svém dynamickém "dvojprocesním" modelu zármutku podobně zdůrazňují oscilaci mezi konfrontací a vyhýbáním se. K vyrovnání se smrtí dochází podle tohoto modelu tehdy, když jedinci přechází mezi "smířením se ztrátou" (konfrontace) a "vyrovnáváním se s obnovou" (vyhýbání se, "vypnutí"). To je v souladu s naším pohledem na dvojí vědomí, kdy dochází ke střídání konfrontace a vyhýbání se existenciálnímu napětí a často jsou oba procesy patrné současně. Předložené odborné názory na lineární proces v sobě skrývají riziko uplatňování názoru na "správný způsob", jak tímto procesem postupovat (Rodin & Zimmermann, 2008).

Metoda vývoje modelu: Analýza problému

Je třeba získat více poznatků o tom, jak se v terapeutickém setkání objevuje dvojí vědomí a jaké podmínky ho podporují nebo oslabují. V této studii jsme se toho snažili dosáhnout pomocí metody analýzy problému. Analýza problému (Greenberg, 1984, 1991, 2007; Greenberg & Foerster, 1996) je semikvalitativní výzkumná strategie, jejímž cílem je poskytnout detailní porozumění krokům nebo procesům, které probíhají během sezení při úspěšném dokončení terapeutického úkolu. Zahrnuje vzájemnou výměnu mezi existujícími teoretickými poznatky a empirickým pozorováním za účelem vývoje modelů terapeutické změny. Úplná analýza problému zahrnuje dvě rozsáhlé fáze: fázi objevování, která kombinuje teorii a pozorování za účelem vytvoření modelu daného jevu, a fázi ověřování, která tento model testuje (Greenberg, 2007). Tento článek je situován specificky do počáteční objevné fáze analýzy problému a zaměřuje se na vývoj racionálního modelu založeného na teorii shora dolů. Tento přístup shora dolů vychází z našeho subjektivního chápání a je rovněž

podložen klinickými pozorováními, jakož i relevantní literaturou, která se přímo či nepřímo vztahuje k danému tématu. Racionální model tak představuje náš "nejlepší odhad" procesu dvojího vědomí v psychoterapii. Na základě Greenbergových (2007) pokynů k formulaci racionálního modelu jsme se zapojili do reflexivního procesu, který zahrnoval čtyři kroky: (1) objasnění povahy terapeutického problému; (2) popis prostředí problému; (3) explikaci naší "kognitivní mapy", která zahrnuje základní znalosti a předpoklady týkající se problému; a (4) strukturování racionálního modelu a jeho prezentaci ve schematické podobě. Epistemologické předpoklady tohoto projektu jsou v souladu s konstruktivistickou, postpozitivistickou a fenomenologickou filozofií v tom smyslu, že základní rysy modelu poskytují "konstruktivní pohled" na komplexní fenomén procesu dvojího vědomí v psychoterapii.

Krok 1: Zadání úlohy

Tvrdíme, že dvojí vědomí představuje vyřešení terapeutického problému – konkrétně vyřešení pacientovy snahy otevřeně se stavět k životu i smrti. Zdá se, že slovní spojení "boj s existenciálním napětím mezi životem a smrtí" tento problém v sezení vystihuje a může se vyznačovat takovými momenty v terapii, jako je odpor k diskusi na téma smrti (vyhýbání se), silný prožitek či afekt ve světle uvědomění si smrti a obtížné přecházení mezi myšlenkami na život a umírání.

Krok 2: Prostředí problému

Jak již bylo řečeno, prostředí, ve kterém se terapeutický problém odehrával, je v rámci prostředí terapie CALM (Hales et al., 2015). CALM je krátkodobá (tři až šest sezení poskytovaných v průběhu 3 až 6 měsíců) terapie určená pro pacienty s diagnózou rakoviny v pokročilém stadiu. Studie fáze 1 a 2 potvrdily její proveditelnost a účinnost (Lo et al., 2014, 2016) a nyní probíhá randomizovaná kontrolovaná studie fáze 3 v Princess Margaret Cancer Centre of the University Health Network v kanadském Torontu v provincii Ontario. Tato probíhající studie CALM (Lo et al., 2015) je nezaslepená randomizovaná kontrolovaná studie se dvěma podmínkami (intervence CALM plus obvyklá péče vs. pouze obvyklá péče) pro osoby s diagnózou pokročilého nádorového onemocnění, všechny s očekávaným přežitím 12 – 18 měsíců. Studie vyžaduje, aby účastníci na začátku a po 3 a 6 měsících vyplnili balíčky dotazníků, které si sami sestavili, včetně validovaných měřítek deprese, generalizované úzkosti, úzkosti ze smrti, duchovní pohody a jistoty citové vazby. Intervence je prováděna speciálně vyškolenými terapeuti, především sociálními pracovníky s magisterským vzděláním, na oddělení podpůrné péče v Centru pro léčbu rakoviny princezny Margaret. Terapeuti se dvakrát ročně účastní vzdělávacích seminářů a týdenních supervizních setkání pod vedením klinických výzkumníků, kteří intervenci vyvinuli. Všechna sezení CALM jsou nahrávána a terapeuti dokumentují sezení v písemné zprávě.

Terapie CALM integruje hlavní principy teorie citové vazby, vztahové a existenciální teorie a biomedicínské poznatky o rakovině a její léčbě. Hlavním cílem tohoto přístupu je nabídnout emoční a praktickou podporu osobám s pokročilým onemocněním a poskytnout jim příležitost zkoumat významy života a umírání. Terapie CALM tak představuje optimální kontext pro zapojení pacientů do úkolu rozvíjet dvojí vědomí. Struktura CALM zahrnuje čtyři

základní obsahové oblasti: (1) zvládnání symptomů a komunikace s poskytovateli zdravotní péče, (2) změny v sebepojetí a vztahy s blízkými osobami, (3) smysl a účel a (4) budoucnost a umírání. Množství času věnovaného jednotlivým oblastem se liší v závislosti na jejich důležitosti a naléhavosti, ale je poskytnuta příležitost pro zkoumání všech oblastí a pro komunikaci o obojím – životě i umírání. Terapie CALM dále klade důraz na takové terapeutické faktory, jako je empatický terapeutický vztah, flexibilita terapeuta (např. citlivé střídání podpůrného a zkoumajícího postoje), regulace emocí, mentalizace a dvojí vědomí a spoluvytváření smyslu. Dvojí vědomí je tedy v CALM explicitně zakotveno jako ústřední proces terapie.

Krok 3: Kognitivní mapa

Výklad naší kognitivní mapy vyžaduje, abychom si přiznali naše teoretické perspektivy a předsudky týkající se terapeutické změny. Za tímto účelem připouštíme několik teoretických rámců, které jsou základem terapie CALM a které formovaly způsob, jakým my jako výzkumníci interpretujeme svět a proces účinné terapie. Tyto rámce proto sehrály určitou roli při vývoji tohoto racionálního modelu. Odrazový můstek pro tuto studii nabízí článek Rodina a Zimmermanna (2008). V širším měřítku se řídíme teorií citové vazby (např. Ainsworth, 1967; Bowlby, 1969; Main, 2000) a teorií vztahu (Mitchell, 1988), přičemž klíčovými pojmy jsou bezpečí/jistota, přítakání, zrcadlení, citlivé naladění a mentalizace neboli reflexivní jednání (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Naše úvahy jsou také založeny na humanistickém a existenciálním pohledu na svět. Z tohoto hlediska věříme v důležitost Rogersových podmínek empatie, pozitivního ohledu a opravdovosti (Rogers, 1957) a v to, že tyto podmínky představují společné faktory terapie. Vedle těchto podmínek vztahu považujeme za důležitý také fenomén "přítomnosti" (Bugental, 1987; Geller, Pos, & Colosimo, 2012; May, 1983; Schneider & Krug, 2010). Předpokládá se, že přítomnost terapeuta podporuje empatické naladění a poskytuje vztahovou hloubku (Cooper, 2005). V neposlední řadě se naše úvahy řídí současnou teorií emocí v psychoterapii (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Frijda, 1987; Lazarus, 1991; Pos & Greenberg, 2007) a Gendlinovou (1964, 1996) teorií prožívání. V souladu s tím uznáváme důležitost přístupu k emočnímu prožitku, jeho symbolizaci ve vědomí a konstrukci významu, stejně jako důležitost zapojení do dialektické emočně živé výměny mezi více já, když jsou v konfliktu.

Krok 4: Konstrukce racionálního modelu

V této fázi analýzy problému bylo integrováno několik zdrojů vstupních informací týkajících se dvojího vědomí v terapii CALM a na jejich základě byl vytvořen zde prezentovaný racionální model. První autor, doktorand v posledním ročníku oboru klinická psychologie, začal tento projekt s terapií CALM a obecněji s jakoukoli psychoterapií pro osoby žijící s pokročilým onemocněním. Snažil se přejít od čistě intelektuálního chápání založeného na existující literatuře (podrobně popsané v kognitivní mapě) k hlubšímu seznámení s fenoménem dvojího vědomí. Za tímto účelem se opíral o různé možnosti a zdroje, které mu poskytla probíhající studie CALM v Centru pro léčbu rakoviny princezny Margaret. Nejprve se zúčastnil výcvikového semináře CALM a shlédl výcviková videa CALM, v nichž se odehrávaly segmenty terapie. Dále se účastnil týdenních skupinových supervizí, které zahrnovaly otevřenou diskusi o případech terapie z hlediska struktury a procesů CALM.

Součástí supervize bylo přehrávání vybraného úseku terapeutického sezení, což pomohlo přiblížit, jak se určité koncepty a procesy projevují v životní zkušenosti pacientů a terapeutů. Kromě toho probíhající studie CALM vytvořila rozsáhlou databázi zvukových záznamů terapeutických sezení, písemných dokumentů terapeutů ze sezení a výsledků pacientů před a po sezení (Lo et al., 2015). První autor proto měl možnost poslechnout si několik audiozáznamů sezení terapie CALM, aby se postupně ponořil do tohoto prostředí. Stejně tak se mohl selektivně věnovat sezením podle písemných pozorování terapeutů týkajících se obsahu a průběhu sezení a také podle různých úrovní skóre pacientů v potenciálně relevantních měřeních (což např. usnadnilo výběr sezení pacientů s vysokým a s nízkým skóre v měření úzkosti ze smrti pro pozorování; Lo et al., 2011). V neposlední řadě se první autor průběžně zapojoval do rozhovorů s výzkumníky CALM, které se výslovně týkaly tématu dvojího vědomí.

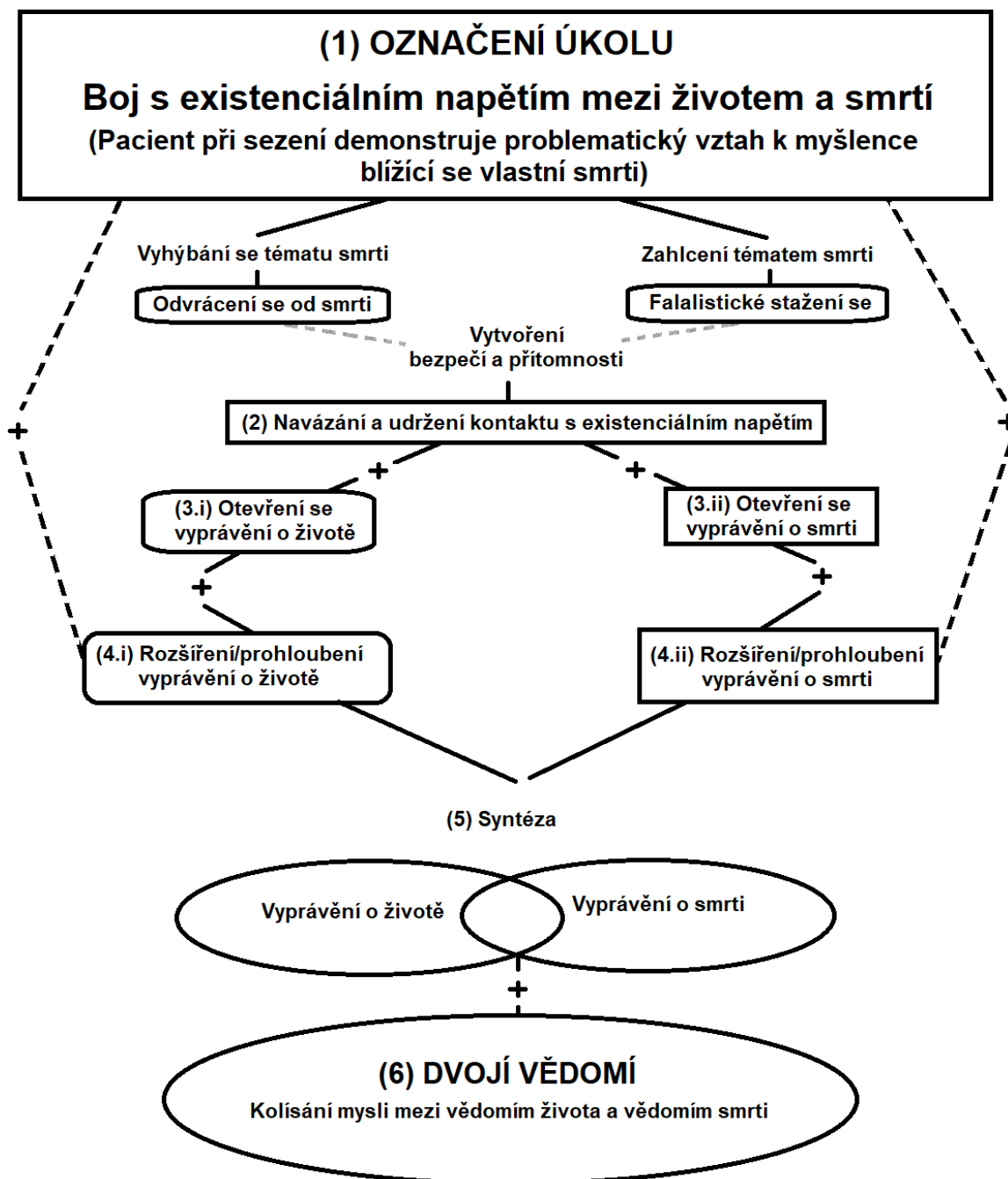
Tyto zdroje dat, stejně jako zdroje formulované v kognitivní mapě výše, přispěly k formulaci racionálního modelu, který je uveden níže.

Racionální model dvojího vědomí v terapii CALM

Složky racionálního modelu jsou uvedeny v této části (schéma viz obrázek 1). Model nabízí náš "nejlepší odhad" toho, jak se dvojí vědomí projevuje a jak je zprostředkováno během sezení terapie CALM. Za tímto účelem jsme identifikovali některé klíčové podmínky a interpersonální úkony, které jsou v rámci dyády terapeut-pacient nutné. Racionální model vnímáme jako hierarchický, dynamický, pravděpodobnostní a vztahový (podrobněji popsáno níže). Náš model popisuje dvojí vědomí tak, že má šest úrovní. Každá úroveň, kterou popisujeme, zachycuje relativně odlišné a zásadní dílčí procesy, které podle našeho názoru určují vznik dvojího vědomí na dané úrovni. Na úrovni 1 zavádíme "úkolový marker" (výchozí bod), který představuje okamžik v terapii, kdy se zdá, že se pacient ocitl v problematickém vztahu k myšlence smrti. Model následně identifikuje posloupnost výkonů a složek (úrovně 2-6), které jsou podle našeho názoru nezbytné pro vznik dvojího vědomí.

Předpokládáme, že terapeut a pacient spolupracují v rámci jednotlivých úrovní psychologické činnosti. Dále má model hierarchickou nebo vývojovou strukturu, takže úroveň nižšího řádu, pokud jsou neporušené nebo se na nich dostatečně pracovalo, podporují u klientů rozvoj úrovní vyššího řádu. Tato hierarchie však nutně neznamená lineární postup událostí. Na jednotlivé úrovně se spíše pohlíží jako na souběžné "pole" zkušeností, v nichž se jedinci mohou pohybovat rychle nebo pomalu, mohou se pohybovat sem a tam a mohou "pracovat" ve více než jednom poli současně.

Při popisu úrovní modelu uvádíme konkrétní markery pacienta a terapeuta (behaviorální, kognitivní, emocionální nebo interpersonální), které mohou v rámci daného aspektu modelu působit. Na některých místech, abychom ilustrovali nebo objasnili teoretický bod, který je v racionálním modelu stanoven, používáme krátké modifikované úryvky ze skutečných sezení terapie CALM. Tyto úryvky byly vybrány na základě jejich ilustrativní hodnoty a pro názornost byly občas mírně upraveny.



Obrázek 1. Schéma racionálního modelu kultivace dvojího vědomí v psychoterapii pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním.

Úroveň 1: Označení úkolu: Boj s existenciálním napětím mezi životem a smrtí

V rámci sezení terapie CALM mají pacient a terapeut příležitost konfrontovat a zkoumat existenciální témata smrti a umírání. Vedení při vytváření nebo realizaci takových příležitostí může převzít buď pacient, nebo terapeut. Pacient může například spontánně hovořit o připomínkách smrti v každodenním životě nebo terapeut může pacienta vyzvat k přemýšlení o smrtelnosti jemným dotazem na budoucnost. Když se myšlenka na smrtelnost objeví explicitně nebo se nachází na okraji vědomí, může dojít k napětí mezi touhou žít a realitou blížící se smrtelnosti. Způsob, jakým se pacient a terapeut s tímto napětím vyrovnávají, je klíčovým rozměrem terapeutického procesu. Za marker úkolu považujeme jeden ze dvou výrazných způsobů, které signalizují potřebu podpořit dvojí vědomí: (1) "odvrácení se od smrti" (vyhýbání se, popírání) a (2) "fatalistické stažení se" (demoralizace, beznaděj). Tento druhý termín je převzat od Hayese, Warda a McGregora (2016). Tyto způsoby představují dva možné póly úniku od vědomí plnohodnotného života při očekávání blížící se smrti: vyhýbání se vědomí smrti nebo odevzdání se vědomí smrti před skutečnou smrtí. Toto existenciální napětí je ztělesněno v pojmech, jako je vyhýbání se prožívání (přehled viz Hayes, Wilson, Gifford, Follette a Strosahl, 1996), nízké prožívání (Gendlin, 1964; Klein, Mathieu, Gendlin a Kiesler, 1986) a vyjadřování sekundárních emocí, jako je odmítání hněvu nebo globální emoční úzkost (Pascual-Leone a Greenberg, 2007). Každý z těchto konceptů odkazuje na potíže s komplexností pocíťovaného prožitku, v tomto případě souvisejícího s myšlenkami na umírání a smrt. Pacienti, kteří mají potíže s vyrovnáním se s touto dvojí realitou života a smrti, mohou toto napětí zvládat disociací, emočním blokováním či stažením se nebo jinou snahou uniknout před svým prožíváním.

Odvrácení se od smrti. Charakteristickým znakem "odvrácení se od smrti" je neochota zkoumat myšlenky, pocity nebo přání související se smrtelností. To se může projevat nepřijímáním prognostických informací, obcházením tématu smrti během terapeutického sezení, soustředěním pozornosti výhradně na každodenní záležitosti a snahou udržet si trvale "pozitivní postoj". I když tyto mechanismy zvládnání mohou klientovi pomoci udržet si pohodu, je takové zvládnání téměř nevyhnutelně podkopáno progresí nemoci. Takový přístup se může jevit jako statečný nebo klidný, ale tato "sveřepá netečnost", která je charakteristická pro vyhýbání se citové vazbě (Wallin, 2007, s. 19), může mít svou cenu v podobě úzkosti, izolace, pocitu viny a napjatých vztahů (Field & Copp, 1999).

Fatalistické stažení. V některých případech může vědomí blížící se smrti vést ke stavu demoralizace (Rodin, 2013), který se vyznačuje beznadějí, ztrátou smyslu a zvýšenou úzkostí ze smrti. Zde se pacient cítí tvář v tvář smrti zdrcený a bezmocný a nemůže se svobodně zapojit do každodenního života. V tomto stavu mohou mít jedinci přehnaně generalizovaný, pesimistický pohled na svět nebo rezignovat na svět, případně mohou prožívat ohromující a blíže nespecifikované emoce. Smrt se pak může jevit jako rozpínavý temný stín, který vypuzuje naději a radost ze života. Pokud se tento stav stane všudypřítomným nebo trvalým, hrozí, že "psychologická smrt" (Rodin, 2009) nastane dříve, než dojde ke skutečné smrti. Jedním z markerů tohoto stavu může být vyjádření touhy po urychlené smrti jako záměru uniknout zoufalství (Nissim, Gagliese, Rodin, 2009). Následující úryvek ze skutečného sezení

terapie CALM ukazuje druh silného afektu, který je pro tento způsob boje s existenciálním napětím charakteristický:

Terapeut: V souvislosti s budoucností: Jak moc se obáváte nebo bojíte?

Pacient: Jsem strachy bez sebe.

Terapeut: Opravdu?

Pacient: Ano, nejsem připraven zemřít.

Terapeut: Čeho se nejvíce obáváte?

Pacient: Z umírání, že nevidím své děti vyrůstat. (3s pauza; silný negativní komplexní afekt vyjádřený tónem hlasu)

Souhrnně řečeno, tato první úroveň racionálního modelu dvojího vědomí se týká identifikace emočního stavu, který značí problematickou absenci dvojího vědomí, a naznačuje, že klientovi může prospět kultivace dvojího vědomí. Zde se tvrdí, že CALM terapeuti se setkávají s pacienty, kteří (a) se během terapeutického dialogu prezentují problematickým vztahem k existenciálnímu napětí (znamenajícím snahu o rovnováhu mezi životem a smrtí) a (b) tento vztah se existenciálně projevuje buď jako odvracení se od myšlenek na smrt, nebo jako jejich přemáhání. Každý z obou problematických vztahů se skládá z určitých kognitivních, afektivních a behaviorálních markerů, které reflektují základní potíže s tím, jak se pacient a terapeut zapojují do prožitků.

Úroveň 2: Kontakt s existenciálním napětím – bezpečí a přítomnost

Druhou úroveň kultivace dvojího vědomí modelujeme jako zapojení do existenciálního napětí pacienta. Aby se to podařilo, musí terapeut posoudit, do jaké míry pacient potřebuje podporu, aby zůstal anebo se vzdálil od tísnivých pocitů. Umožnit pacientovi, který je zahlcen, aby se od těchto pocitů odvrátil, může posílit důvěru a snadnější budoucí návrat k těmto pocitům. Tím terapeut zprostředkovává přizpůsobení se aktuálním emočním potřebám pacienta v oblasti regulace afektů. Mezi základní procesy v CALM související s touto druhou úrovní patří přítomnost terapeuta a empatické porozumění a naladění.

Interpersonální bezpečí. Existenciální úzkost může být spojena s vnímáním ohrožení vlastního systému, které aktivuje odpovídající potřebu bezpečí a sebeochrany. Zkušenost interpersonálního bezpečí umožňuje pacientovi zkoumat vnitřní stavy (Geller & Porges, 2014; Pos & Greenberg, 2007). Výsledky výzkumu skutečně ukazují, že bezpečí vztahové vazby je u pacientů s metastazujícím nádorovým onemocněním ochranným valem proti distresu a depresi (Rodin, 2013; Tan, Zimmermann & Rodin, 2005). Terapeut se obecně stává "dalším bezpečím" díky schopnosti pochopit, vstříbat a tolerovat emocionální distres pacienta, což je schopnost, která nemusí být nutně přítomna u jiných poskytovatelů zdravotní péče nebo rodinných příslušníků. Vytvoření bezpečného pouta neboli "bezpečné základny" umožňuje pacientovi čelit zážitkům, aniž by před nimi ustupoval nebo se jimi

nechal přemoci. To pak umožňuje zkoumání a společné vytváření významů smrtelnosti v rámci terapeutického dialogu. Pokud je však "pociťované bezpečí" nebo pocit bezpečí ohrožen, může se vrátit původní problematický vztah ke smrti a umírání.

Přítomnost. Terapeutická přítomnost (Bugental, 1987; Colosimo & Pos, 2015; Geller & Greenberg, 2012; Geller et al., 2012; Schneider & Krug, 2010) má pro rozvoj dvojího vědomí zásadní význam, protože podporuje (a) vědomí zaměřené na přítomnost, (b) interpersonální bezpečí a vztahovou hloubku a (c) zvědavost a odhodlání čelit přímé zkušenosti a zkoumat ji. Tato přítomnost může být zprostředkována prostřednictvím naladěním způsobem, který je podmíněný a spolupracující (Wallin, 2007), a prostřednictvím neverbálního chování, jako je starostlivý tón hlasu, stabilní držení těla a výrazy obličeje a pohyby hlavy, které jsou podmíněné komunikací pacienta (Colosimo & Pos, 2015; Geller & Porges, 2014). Výzkum ukázal, že takováto vzájemná blízkost může tlumit ztrátu vitality spojenou se smrtelnou nemocí (Juhl & Routledge, 2015). "Otevřenost mysli" terapeuta může také podpořit zvědavost a vitalitu ve vztahu k existenciálním otázkám a smyslu života; hluboce přítomný terapeut je skutečným společníkem pacienta, který neochvějně čelí blízkosti se smrti.

Pokud v terapeutickém vztahu chybí bezpečí a přítomnost nebo jsou slabé, může pacient téma smrti a umírání obcházet. Následující upravený úryvek nabízí přeformulování výše uvedeného dialogu 1. úrovně, aby znovu zdůraznil roli přítomnosti a bezpečí v terapeutickém dialogu:

Terapeut: Jak moc se obáváte nebo bojíte budoucnosti?

Pacient: Jsem strachy bez sebe.

Terapeut: Ano, hmm (měkký, zvědavý, starostlivý tón hlasu, který posiluje pocit bezpečí).

Pacient: Ano, nejsem připraven zemřít.

Terapeut: Je v tom hodně strachu, hodně bolesti?

Pacient: Ano, hodně.

Terapeut: To se zdá být opravdu důležité. Můžeme u toho chvíli zůstat?

Pacient: Ano.

Terapeut: Cítíte to teď? Kde se ve vašem těle projevuje strach? (přivádí pozornost ke konkrétním a specifickým věcem, aby usnadnil přítomný kontakt s prožitkem)

Pacient: (pauza, 3 s) Cítím ho na hrudi, v srdci, v krku, v obličeji. Horní část mého těla je napjatá. Cítím, že je to silné.

Terapeut: Tak nahoře v těchto oblastech, a silně (gesta na vlastní tělo; pocit souznění).

Pacient: Ano. Je to opravdu napjaté a silné. A to se mi nelíbí.

Terapeut: Je to opravdu nepříjemné (sdílí nepříjemný pocit napětí). A můžeme se od toho brzy odpoutat. Ale zatím by mohlo být užitečné u toho ještě chvíli zůstat, přenést se do toho, do hloubky, a možná prozkoumat, o čem to je? Můžeme to udělat? (nabídne se, že bude s pacientem a pro pacienta)

Pacient: Ano.

Úroveň 3: zpřístupnění vyprávění o životě a smrti

Pokud se nacházíte na třetí úrovni kultivace dvojího vědomí, obsahují klientova vyprávění v terapii obsah reflektující témata života a smrti. Úkolem terapeuta je taková vyprávění usnadnit. Pacienti CALM uvádějí, že se jim zlepšila psychická pohoda poté, co měli v psychoterapeutickém procesu možnost hovořit o smrti (Nissim et al., 2012). Předpokládáme proto, že rozvoj dvojího vědomí nutně zahrnuje explicitní přemýšlení, vnímání a mluvení jak o smrti, tak o životě. Terapeutický dialog poskytuje příležitost zapojit se do procesu komunikace a otevřít se skryté dualitě uvědomování si smrti v kontextu sdílení tohoto vyprávění v rámci trvalého upevňujícího, bezpečného a na přítomnost zaměřeného vztahového prostředí. Když jsou terapeut a pacient naladěni na pacientovu úzkost ze smrti nebo existenciální napětí, může pacient začít soustředit vědomí na svou pocíťovanou zkušenost a symbolizovat ji způsobem, který podporuje větší soudržnost a smysl (Gendlin, 1996).

Terapeutická příručka CALM je strukturována tak, aby důležité oblasti obsahu byly explicitně diskutovány v souvislosti s tím, jak se pacient vyrovnává s pokročilou nemocí. Terapeut pomáhá pacientovi v mentalizaci v rámci každé z těchto oblastí. Pacientův způsob vyprávění, který vykazuje problematický vztah k existenciálnímu napětí (tj. strnulé, zúžené vědomí nebo vyhýbání se či demoralizace), se bude opět vyznačovat buď (a) minimálním nebo žádným mluvením o smrti (a to i při diskusi o budoucnosti a smrtelnosti), nebo (b) vyprávěním zahlceným myšlenkami na smrt. V obou případech klient a terapeut společně pracují na vyvážení obou stran klientova vyprávění týkajících se snahy vyrovnat se s jeho dialektikou života a smrti. Pokud jedinec soustředí pozornost rigidně buď na život (vyhýbání se smrti), nebo na smrt (fatalistické stažení se), jeho vyprávění se jeví jako neúplná nebo málo ucelená, protože tato vyprávění nevyjadřují zkušenost jednoho z existenciálních pólů život-smrt. Tato klientova vyprávění proto postrádají důležité informace. To se začíná měnit ve třetí úrovni. Vezměme si například následující úsek terapeutického sezení s pacientkou, která je silně vyhýbavá, přesto však začíná být schopna vyprávět o smrti:

Pacientka: Než jsem vás začala navštěvovat, měla jsem docela deprese, vlastně dost velké. A vždycky mám deprese, než sem v pondělí ráno přijdu, když mám jít k doktorovi. A jedna moje kamarádka říkala to samé, vždycky když má přijít. Protože nevíte, co vám řeknou.

Terapeut: Ano, je to úzkost.

Pacientka: To vzbuzuje úzkost. Udělají vám krevní testy, a bude to dost dobré na chemoterapii? Samozřejmě chcete, aby to bylo dostatečně dobré na chemoterapii.

Zde pacientka projevuje ochotu hovořit o existenciální nejistotě spojené s jejími lékařskými prohlídkami, což naznačuje, že dialog směřuje k větší otevřenosti, kterou lze později v terapeutickém dialogu prozkoumat a prohloubit. Nicméně dialog zahrnuje relativně uzavřený postoj k uvědomění si smrti. Existuje zde pohodlný odstup od domnělého významu toho, co je řečeno – nedochází k přímé, specifické a konkrétní symbolizaci toho, co je míněno slovy "depresivní" nebo "vyvolávající úzkost", a stejně tak nejsou doslova vyslovena slova smrt, umírání a zemřít (viz Berry, 2008). Zajímavé je, že v tomto úseku vyprávění pacientka také přirovnává svou situaci ke své kamarádce, což, jak poznamenávají Glaser a Strauss (1965), může být znakem toho, jak se jedinec distancuje od představy smrti. Aby terapeut tuto nerovnováhu (odvracení se od smrti) potlačil, může začít hledat způsoby, jak pacientce jemně klást otázky na něco, co souvisí se smrtí a umíráním, nebo ji vyzvat, aby o tom znovu promluvila, jak je ukázáno v tomto modifikovaném úryvku:

Pacientka: To vzbuzuje úzkost. Udělají vám krevní testy, a bude to dost dobré na chemoterapii? Samozřejmě chcete, aby to bylo dostatečně dobré na chemoterapii.

Terapeut: Můžeme na chvíli zpomalit? (pauza) Zdá se, že u těchto setkání prožíváte hodně úzkosti, že se děje něco důležitého.

Pacientka: Ano, nemám to ráda.

Terapeut: Ano, je to nepříjemný pocit. Můžete se na chvíli zamyslet – čeho se ta úzkost týká? Čeho se nejvíce obáváte?

Pacientka: No, asi toho, že na chemoterapii nejsem dostatečně tělesně zdravá.

Terapeut: Správně. A to by mohlo znamenat... (zkoumavý, starostlivý tón; dává prostor pro ticho)

Pacientka: No, prostě mi to připomíná umírání, že by to mohl být konec, myslím. (úzkostný tón)

Terapeut: hmm (starostlivý tón). Že brzy zemřete?

Pacientka: Ano. Je pro mě opravdu těžké na to myslet.

Úroveň 4: Rozvíjení a prohlubování vyprávění o životě a smrti

Po vytvoření základu intersubjektivního bezpečí a terapeutického zpřítomnění může další krok v kultivaci dvojího vědomí zahrnovat reflexi nebo mentalizaci možností života a umírání. To vyžaduje zájem pacienta o přemýšlení o více perspektivách, které mohou být v konfliktu. Terapeut a pacient mohou společně konstruovat smysluplné vyprávění o životě. Současně mohou také konstruovat vyprávění o umírání a smrti, v souladu s Bugentalovou (1987) teorií hloubky v mezilidské komunikaci a Gendlinovou (1964; Klein et al., 1986) teorií prožívání se terapeut a pacient mohou posunout za standardní úroveň komunikace do bezprostřednější a intimnější úrovně kontaktu. To umožňuje větší pocit propojení a může být spjato s větší společnou schopností mentalizace a vytváření významů. Vezměme si následující úryvek ze sezení CALM:

Terapeut: Jak si myslíte, že to všechno emocionálně prožíváte? (vyzve pacientku, aby se více zamyslel nad zvládáním pokročilé nemoci).

Pacientka: Víte, včera jsem psala kamarádce a říkala jsem jí, že se chci dožít padesátých narozenin. A ona mi říká: "Musíš myslet pozitivně." No, tak nějak to dělám, ale v duchu si říkám, že doufám, že se mi ten rok vydaří, abych si k padesátinám mohla udělat pořádnou oslavu. To bylo poprvé, co jsem se o tom otevřeně vyjádřila. A nechci umřít dřív než máma – to by jí akorát zlomilo srdce. Takže jsem psala celý den, a navíc, jak píšu, říkám si: "To je poprvé, co řeším smrt, nebo číslo nebo časovou osu" (nová zkušenost, čelit a otevřít se vědomí smrti).

Proces prohlubování komunikace je podporován bezpečným vztahem a kontaktem s přítomností a je usnadňován činností mentalizace (schopností klienta reflektovat pomocí řeči různé stavy mysli). Když se vyprávění tímto způsobem prohlubuje, může se pacient více otevřít hranicím vědomí a rozlišit vnitřní prožitky. Tento proces v rámci bezpečné vztahové vazby může pomoci prohloubit sebeporozumění, sebedpřijetí a soudržnost a vyrovnanost tváří v tvář blížící se smrti. Kolísání stupně otevřenosti se může objevit ve chvílích, kdy se pacient dočasně odvrátí od vědomí smrti, aby obnovil pocit rovnováhy (Stroebe & Schut, 1999).

Terapeut pomáhá pacientovi zvážit více perspektiv tím, že se jemně vyptává na témata života i smrti. Otázky zaměřené na život se mohou například soustředit na pacientovy hodnoty, práci, kterou je ještě schopen vykonávat, současné vztahy, plány na trávení zbývajících dnů a dosažitelné cíle. Pokud jde o smrt, mohou se otázky týkat budoucnosti, duchovního nebo náboženského přesvědčení, myšlenek na posmrtný život nebo znovuzrození a představ o spojení s blízkými po smrti.

Úroveň 5: Syntetizace vyprávění o životě a smrti – vznik dvojího vědomí

Pascuale-Leone (2012) shrnuje základní principy dialektických systémů, které spočívají v tom, že zahrnují nejméně dva subsystemy, které jsou v rozporu s ostatními, že účinky každého subsystemu regulují účinky druhého a že každý z nich je potřebný k vytvoření nového jevu. Z toho vyplývá, že v našem racionálním modelu se dva protichůdné subsystemy týkají individuálního prožívání života (neboli vědomí života) a přípravy na smrt (neboli vědomí smrti). Tyto dvě existenciální dimenze se neustále navzájem ovlivňují a odporují si – život a smrt, růst a úpadek, příchod a odchod jsou neoddělitelné pojmy v tom smyslu, že jeden vždy implikuje druhý. Zpřístupnění a odhalení obou dimenzí umožňuje vznik dvojího vědomí, v němž se do každodenního vědomí začleňuje jak to, co znamená žít, tak to, co znamená zemřít. Prohloubená komunikace o životě na jedné straně a o smrti na straně druhé tak představuje dva protilehlé segmenty archetypu, jehož základním kamenem je dosažení dvojího vědomí. Dvojí vědomí se tedy aktivuje, když je napětí mezi životem a smrtí tolerováno, konstruováno prostřednictvím vytváření významů a vhledu a uceleně integrováno do vědomí. Mezi protikladnými subsystemy života a smrti dochází k syntéze, která nakonec vede ke dvojímu vědomí.

Při setkání v rámci terapie CALM může terapeut pomoci pacientovi propojit vznikající dialogy týkající se života nebo smrti. K tomu může dojít tak, že pacienta jemně požádá, aby přemýšlel o smrti ve světle každodenního života, například tím, že se ho zeptá, jaké to je plánovat výlet, který možná nebude moci podniknout. To může pomoci zajistit, aby si pacient dokázal udržet povědomí o obou tématech a přemýšlel o životě navzdory pokročilému onemocnění. Vědomí smrti zbavené života může být bezútěšné a zoufalé (jako při fatalistickém stažení), zatímco vědomí života zbavené smrti může bránit realistickému plánování a předvídání očekávatelných obtíží. Možné ukazatele v pacientově vyprávění o dobré syntéze mohou být známkou toho, že pacient prožívá, drží v mysli a/nebo slovy sděluje současné možnosti života a smrti.

Proces integrace je demonstrován na následujícím pozměněném průběhu terapie:

Pacient: Chci si koupit lístky na koncert se svou ženou, ale prostě nevím, jak se budu cítit, až ten čas přijde.

Terapeut: Ano, je tu ta nejistota a nepředvídatelnost, co se bude dít v budoucnu, kdy a jak bude vaše rakovina postupovat. Co vás napadá teď, když na to myslíte?

Pacient: (odmlčí se, pozornost obrátí dovnitř) Cítím asi několik věcí (potenciální mnohost vnitřních prožitků).

Terapeut: Dobře, dobře. Zůstaňte s tím chvíli (pozornost se obrátí dovnitř). Jaký pocit se jeví jako nejvýraznější, když přemýšlíte o koncertu?

Pacient: Je to, jako by mě stále pronásledoval temný mrak. Je to strach ze smrti, z náhlé smrti, myslím, a ze ztráty všeho a všech, které mám rád (slzy). Tak jaký má smysl kupovat si lístky na koncert, když se toho možná nedožiju?

Terapeut: Zní to, jako by pro vás ten temný mrak, ta připomínka smrti, opravdu někdy ztěžoval radost z prostých životních okamžiků a z plánování?

Pacient: Ano, určitě.

Terapeut: Ale zároveň si chcete i nadále užívat života se svými blízkými? (reflektování růstové fáze prožívaného procesu)

Pacient: Přesně tak. Ale někdy je to těžké, když se kolem vznáší ten temný mrak.

Terapeut: Správně. Co by to znamenalo, kdybyste v této konkrétní situaci s lístky na koncert a temným mrakem vytěžili ze svého života maximum?

Pacient: Opravdu bych si ty lístky chtěl koupit! Opravdu neexistuje žádná dobrá výmluva, proč si je nekoupit; pokud přijde čas a já to stihnu, pak by to bylo skvělé – a pokud přijde čas a já to nestihnu, protože jsem příliš nemocný nebo jsem zemřel, pak jsem se o to alespoň pokusil. A to je to jediné, co opravdu chci, abych dál dělal, co je možné, abych si dál vychutnával chvíle se svou ženou a dětmi. Myslím, že teď půjdu objednat ty lístky (smích).

Pokud se terapeut rozhodne vyzvat pacienta, aby se zapojil do tohoto druhu syntézy, může být rozhodující načasování takové intervence. Předčasný přechod na tuto úroveň v

psychoterapeutickém setkání – například předtím, než se vytvoří silné terapeutické pouto nebo než měl pacient příležitost prozkoumat a symbolizovat dialektické segmenty života a smrti – bude pravděpodobně neproduktivní a může poškodit vztah. Taková syntéza vyžaduje nejprve symbolizaci skrytého významu a přístup k těmto symbolům ve vědomí. Jinými slovy, cíle výchozích úrovní racionálního modelu musí být nejprve naplněny. Terapeut tedy musí zůstat vnímavý a reagovat na pacientův subjektivní stav bezprostředně před takovou intervencí, během ní i po ní. Mezi možné známky toho, že je čas pro tento proces, může patřit, když pacient a terapeut prohloubili komunikaci a prozkoumali několik významných témat života a smrti, když je zřejmé, že pacient je v terapeutickém vztahu bezpečně zakotven, nebo když pacient spontánně začne propojovat život a smrt. Je možné, že někteří pacienti budou na tuto úroveň připraveni již během prvního terapeutického sezení, zatímco jiní tohoto stavu v průběhu terapie vůbec nemusí dosáhnout.

Úroveň 6: Udržování dvojího vědomí

Pacient v terapii CALM při svém prvním sezení poznamenal:

Mám dny, kdy si říkám: "Ach jo, já s tím prostě nejsem smířen" (s přijetím pokročilé diagnózy a smrtelnosti), a pak mám dny, kdy si říkám: "Víte, to umírání je dobré pro život, díky němu si ho vážím a jsem za něj vděčný". A vlastně nejsem vždycky v jednom z těch extrémů, jsem rád, že jsou, a zdá se, že se s tím většinou vyrovnávám velmi dobře.

Dosažením dvojího vědomí může pacient úspěšně vyvažovat existenciální dilema. K tomu dochází v CALM prostřednictvím zkoumání významu života a blížící se smrti, což vede k novému a soudržnému stavu mysli. Tato rovnováha v oblasti prožitků se projevuje schopností zapojit se do života a zároveň zůstat otevřený eventualitě umírání. To může být spojeno s doprovodným pocitem vděčnosti a pozitivním vztahem k druhým lidem, když se život blíží ke konci. Jak výstižně říká Yalom (1980): "Ačkoli fyzická smrt člověka ničí, představa smrti ho zachraňuje" (s. 30).

Jako každý dynamický a dialektický systém je i dvojí vědomí náchylné k oslabení v průběhu času v závislosti na změnách v subsystémech, které ho tvoří, takže dialektický systém dvojího vědomí je třeba občas přebudovat nebo posílit. V souladu s úrovněmi nastíněnými ve zde představeném racionálním modelu může být v tomto procesu důležité obnovení pocitu spojení a bezpečí, prohloubení komunikace a symbolizace prožitků a integrace významů do vědomí.

Shrnutí

Dvojí vědomí je schopnost udržet si a zvládat dialektické napětí mezi zapojením se do světa a zároveň čelit blížící se smrti (Rodin & Zimmermann, 2008). Tvrdili jsme zde, že tato schopnost se vynořuje z měnících se stavů vlastního já v rámci vztahového prostředí a že její vznik je známkou psychického zdraví i pozitivního výsledku psychoterapie u osob, které se vyrovnávají s pokročilým nádorovým onemocněním. Racionální model představený v tomto

článek se do značné míry řídí prací Rodina a Zimmermanna (2008) a vývojem terapie CALM (Hales et al., 2015), která je zase založena na existenciálních, humanistických, zkušenostních a psychodynamických principech. Naše pojetí dvojího vědomí zde nabízí co možná nej přesnější předpoklady o tom, jak se tento nový fenomén projevuje nebo je zprostředkován během sezení terapie CALM. Za tímto účelem jsme identifikovali některé klíčové podmínky a interpersonální činy, které jsou nutné v rámci dyády terapeut-pacient. V návaznosti na metodu analýzy problému (Greenberg, 2007) jsme nejprve představili "marker problému", který reprezentuje moment v terapii, v němž se pacient zřejmě ocitá v problematickém vztahu k myšlence smrti (například vyhýbání se rozhodování ve svém životě kvůli zaujetí smrtelností). Model následně identifikuje sled výkonů a složek, které jsou podle našeho názoru nezbytné pro vznik dvojího vědomí. Patří k nim dynamický vzorec stabilizace systému sebe sama prostřednictvím bezpečné terapeutické přítomnosti (pro zmírnění existenciální úzkosti) a postupné otevírání vědomí prostřednictvím konstrukce smyslu života a smrti.

Terapeuti CALM jsou vyškoleni k tomu, aby usnadňovali vytváření myšlenek tím, že pacientům poskytují příležitosti k mentalizaci jejich zkušeností, například pomocí jemných otázek, které pacienty vybízejí ke zkoumání různých perspektiv. Nakonec, když se jedinec cítí bezpečně a měl příležitost konstruovat a prohlubovat myšlenky související se životem a smrtí, může terapeut pacientovi pomoci tyto dimenze překlenout syntézou myšlenek. Tento proces přemostění pomáhá pacientovi vnímat život a smrt jako možnosti, které jsou vzájemně propojené. Existenciální tíseň sice nelze odstranit, ale lze ji v tomto procesu zvládnout.

Důsledky pro teorii a praxi

Zde představený racionální model představuje jeden z kroků procesu objevování metody analýzy problému. Dalším krokem v tomto směru výzkumu bude provedení důkladné empirické analýzy videozáznamů sezení CALM s využitím vzorových případů dvojího vědomí (tj. sezení, při nichž pacienti zjevně dosáhli dvojího vědomí), jakož i případů, kdy dvojího vědomí dosaženo nebylo (viz Greenberg, 2007).

Model procesu dvojího vědomí formulovaný v tomto článku může být přínosem pro klinické lékaře a výzkumné pracovníky tím, že je upozorní na nuance tohoto fenoménu a na to, jak jej lze kultivovat během psychoterapie s pacienty s pokročilým onemocněním. Model může být relevantní i pro jiné formy existenciálního konfliktu, jako je například zármutek. Kromě toho mohou být informace z modelu využity pro potřeby budoucího výzkumu tím, že možná budou inspirací pro vývoj sebehodnotících nebo observačních měřítek dvojího vědomí, která by se uplatnila v terapii nebo v klinickém prostředí.

Reference

- Ainsworth, M. (1967). *Dětství v Ugandě: Péče o kojence a růst lásky*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Allen, J., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizace v klinické praxi*. Washington, DC: APA.
- Berry, S. R. (2008). Prostě řekni smrt. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 157-159. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2007.12.3224>
- Bowlby, J. (1969). *Připoutanost a ztráta: Svazek 1. Citová vazba*. New York, NY: Basic Books.
- Bugental, J. F. T. (1987). *Umění psychoterapeuta*. New York, NY: Norton.
- Colosimo, K., & Pos, A. (2015). Racionální model vyjádřené terapeutické přítomnosti. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25, 100-114. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038879>
- Cooper, M. (2005). Prožívání vztahové hloubky v terapeutické praxi: Kvalitativní studie rozhovorů. *Counselling & Psychotherapy Research*, 5, 87-95. <http://dx.doi.org/10.1080/17441690500211130>
- Coyle, N. (2006). Těžká zkouška života tváří v tvář smrti. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32, 266-274. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.04.003>
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). *Výuka terapie zaměřené na emoce: Procesně-zážitkový přístup ke změně*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10725-000>
- Field, D., & Copp, G. (1999). Komunikace a informovanost o umírání v 90. letech 20. století. *Palliative Medicine*, 13, 459-468. <http://dx.doi.org/10.1191/026921699668763479>
- Florian, V., & Kravetz, S. (1983). Strach z vlastní smrti: Atribuce, struktura a vztah k náboženskému přesvědčení. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 600-607. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.3.600>
- Frankl, V. (1959). *Hledání smyslu člověka*. Boston, MA: Beacon.
- Frijda, N. (1987). *Emoce*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Terapeutická přítomnost: Všíímavý přístup k efektivní terapii*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/13485-000>
- Geller, S. M., Pos, A. W., & Colosimo, K. (2012). Terapeutická přítomnost: Společný faktor při poskytování účinné psychoterapie. *Psychotherapy Bulletin*, 47, 6-13.
- Geller, S., & Porges, S. (2014). Terapeutická přítomnost: Neurofyziologické mechanismy zprostředkovávající pocit bezpečí v terapeutickém vztahu. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 178-192. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037511>.

- Gendlin, E. (1964). Teorie změny osobnosti. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Změny osobnosti* (pp. 100-148). New York, NY: Wiley.
- Gendlin, E. (1996). *Psychoterapie orientovaná na pozornost (Focusing-oriented psychotherapy)*: Gendlin, E.: Gendlin, E.: Gendlin, E.: Gendlin, E.: Příručka prožitkové metody (A manual of the experiential method). New York, NY: Guilford.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1965). *Uvědomování si umírání*. Chicago, IL: Aldine.
- Greenberg, L. (1984). Analýza problému: Obecný přístup. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Vzorce změny: Intenzivní analýza psychotherapeutického procesu* (s. 126-148). New York, NY: Guilford.
- Greenberg, L. (1991). Výzkum procesu změny. *Psychotherapy Research*, 1, 3-24.
<http://dx.doi.org/10.1080/10503309112331334011>
- Greenberg, L. (2007). Průvodce prováděním analýzy problému psychotherapeutické změny. *Psychotherapy Research*, 17, 15-30. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L., & Foerster, F. (1996). Analýza problému na příkladech: Proces řešení nedokončené činnosti. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.439>
- Hales, S., Lo, C., & Rodin, G. (2015): Hales, S., Lo, C., & Rodin, G. (2015). *Terapie zvládnání rakoviny a smysluplného života (CALM): Psychoonkologie* (3. vydání, s. 487-491). New York: New York: Oxford University Press.
- Hayes, J., Ward, C. L. P., & McGregor, I. (2016). Proč se obtěžovat? Smrt, selhání a fatalistický ústup ze života. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110, 96-115.
<http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000039>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimentální vyhýbání se a poruchy chování: Funkční distanční přístup k diagnostice a léčbě. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>.
- Heidegger, M. (1962). *Bytí a čas*. New York, NY: Harper.
- Heidegger, M. (1962). *Bytí a čas*. New York, NY: Harper.
- Hutchings, D. (2012). Život s dvojím tajemstvím prognózy a vědomí smrti. *Journal of Palliative Care*, 28, 50-51.
- Juhl, J., & Routledge, C. (2015). Vědomí smrti snižuje subjektivní vitalitu a seberegulační energii u jedinců s nízkou vnitřní závislostí na sebeúctě. *Motivation and Emotion*, 39, 531-540. <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-015-9475-0>
- Klein, M. H., Mathieu, P., Gendlin, E., & Kiesler, D. J. (1986). *Škály prožívání: A research and training manual* (Vol. 1). Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.

- Kubler-Rossová, E. (1969). *O smrti a umírání*. New York, NY: Macmillan.
- Kubler-Rossová, E., & Kessler, D. (2005). *O zármutku a truchlení: Hledání smyslu zármutku prostřednictvím fází ztráty*. New York, NY: Scribner's.
- Lazarus, R. (1991). *Emoce a adaptace*. New York, NY: New York: Oxford University Press.
- Lo, C., Hales, S., Chiu, A., Panday, T., Malfitano, C., Jung, J., Rodin, G. (2016). Zvládání rakoviny a smysluplný život (CALM): Randomizovaná studie proveditelnosti u pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000866>.
- Lo, C., Hales, S., Jung, J., Chiu, A., Panday, T., Rydall, A., Rodin, G. (2014). Zvládání rakoviny a smysluplný život (CALM): Fáze 2 studie krátké individuální psychoterapie pro pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním. *Palliative Medicine*, 28, 234-242. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313507757>
- Lo, C., Hales, S., Rydall, A., Panday, T., Chiu, A., Malfitano, C., Rodin, G. (2015). Zvládání rakoviny a smysluplný život: Protokol o průběhu randomizované kontrolované studie. *Trials*, 16, 391. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-015-0811-1>
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., & Rodin, G. (2011). Měření úzkosti související se smrtí u pokročilého nádorového onemocnění: Předběžná psychometrie škály smrti a stresu z umírání. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33 (Suppl. 2), S140-S145. <http://dx.doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230e1fd>.
- Main, M. (2000). Uspořádané kategorie kojenecké, dětské a dospělé vazby: Flexibilní vs. inflexibilní pozornost při stresu souvisejícím s připoutáním. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1096. <http://dx.doi.org/10.1177/00030651000480041801>
- May, R. (1983). *Objevování bytí: Spisy z existenciální psychologie*. New York, NY: Norton.
- Mitchell, S. (1988). *Vztahové koncepty v psychoanalýze: Integrace*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nissim, R., Freeman, E., Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., ... Rodin, G. (2012). Zvládání rakoviny a smysluplný život (CALM): Kvalitativní studie krátké individuální psychoterapie pro osoby s pokročilým nádorovým onemocněním. *Palliative Medicine*, 26, 713-721. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216311425096>
- Nissim, R., Gagliese, L., & Rodin, G. (2009). Touha po urychlení smrti u jedinců s pokročilým nádorovým onemocněním: Dlouhodobá kvalitativní studie. *Social Science & Medicine*, 69, 165-171. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>
- Nissim, R., Rennie, D., Fleming, S., Hales, S., Gagliese, L., & Rodin, G. (2012). Cíle stanovené v zemi žijících/umírajících: Dlouhodobá studie pacientů žijících s pokročilým nádorovým onemocněním. *Death Studies*, 36, 360-390. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.553324>

Pascuale-Leone, J. (2012). Piaget jako průkopník dialektického konstruktivismu: Hledání dynamických procesů v humanitních vědách. In E. Marti & C. Rodriguez (Eds.), *After Piaget* (s. 15-43). New Brunswick, NJ: Transaction.

Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Zpracování emocí v zážitkové terapii: Proč "jediná cesta ven vede tudy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 875-887. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>.

Pattison, E. M. (1977). *Prožívání umírání*. New York, NY: Simon & Schuster.

Pos, A. E., & Greenberg, L. (2007). Terapie zaměřená na emoce: Transformující síla emocí *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>

Rodin, G. (2009). Individuální psychoterapie pro pacienty s pokročilým onemocněním. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (2. vyd., s. 443-453). New York, NY: Oxford University Press.

Rodin, G. (2013). Výzkum psychologických a sociálních faktorů v paliativní péči: Vyžádaný komentář. *Palliative Medicine*, 27, 925-931. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313499961>

Rodin, G., & Zimmermann, C. (2008). Psychoanalytické reflexe mortality: Přehodnocení. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 36, 181-196. <http://dx.doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.181>.

Rogers, C. R. (1957). Nezbytné a postačující podmínky terapeutické změny osobnosti. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1037/h0045357>

Schneider, K., & Krug, O. (2010). *Existenciálně-humanistická terapie*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shaw, C., Chrysiou, V., Gessler, S., Rodin, G., & Lanceley, A. (2016). Vyzvání k rozhovoru o smrti v úvodních sezeních terapie CALM: Konverzačně analytická studie. *Patient Education and Counseling* (Vzdělávání a poradenství pro pacienty). Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.024>

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). Duální model procesu zvládnání ztráty blízké osoby: Zdůvodnění a popis. *Death Studies*, 23, 197-224. <http://dx.doi.org/10.1080/074811899201046>

Tan, A., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2005). Interpersonální procesy v paliativní péči: Perspektiva náklonnosti ve vztahu mezi pacientem a lékařem. *Palliative Medicine*, 19, 143-150. <http://dx.doi.org/10.1191/0269216305pm994oa>

Wallin, D. (2007). *Vztahová vazba v psychoterapii*. New York, NY: Guilford.

Weisman, A. (1972). *O umírání a popírání: Psychiatrická studie o konci života*. New York, NY: Behavioral Publications.

Wong, P. T. P., & Tomer, A. (2011). Za hranicemi hrůzy a popírání: Pozitivní psychologie přijetí smrti. *Death Studies*, 35, 99-106. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.535377>

Yalom, I. (1980). Existenciální psychoterapie. New York, NY: Basic Books.

Yalom, I. (2008). Pohled do slunce. San Francisco, Kalifornie: Jossey-Bass.

Přijato 30. srpna 2016

Schváleno 27. ledna 2017

Výtah zpracovala: Lenka Knotková