

d

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE



PhDr. Mária Andrášiová, PhD.

# ANALÝZA SNOV

recenzent: Doc. MUDr. Juraj Fleischer, CSc.

dizertačná práca 2002



Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck  



**Mgr. Mária Andrášiová, PhD.**  
dizertačná práca 2002

# ANALÝZA SNOV

recenzent: Doc. MUDr. Juraj Fleischer, CSc.



# PREDHOVOR

Sny fascinujú ľudí pravdepodobne už od doby, kedy začali byť schopní reflektovať svoju psychiku. Bizarnosť snov ako protipól ku všednosti každodenného prežívania vždy nútila k výkladu. A tak je celá kultúrna história sprevádzaná písaním snárov. Aj „inštitucionalizácia výkladu snov“ má svoj vývin – bola v kompetencii šamanov, kňazov, filozofov a skončila u predstaviteľov vied psychologicko-psychiatrických. Psychológovia a psychiatri súčasnosti sa z tohto hľadiska delia na 2 skupiny. Prvá skupina „lahostajných“ pokladá sny za marginálny psychický fenomén (skôr „vedľajší príznak“ spánku), vymykajúci sa vedeckému skúmaniu. Zastupujú ju najmä akademickí psychológovia základného výskumu resp. exkluzívne biologicky orientovaní psychiatri. Druhá skupina je tvorená „nadšencami“, presvedčenými o „kráľovskosti“ snovej cesty. Tvoria ju hlavne psychoterapeuti psychodynamického zamerania bez ohľadu na pregraduálne vzdelanie. Ich metodológia je prevážne kazuistická, možnosti generalizácie limitované.

Autorka v predloženej práci veľmi hutne a výstižne popisuje históriu a súčasnosť, prednosti a limity jednotlivých prístupov k práci so snami. Sama sa ku výskumu snov dostala cez procesorientovanú psychoterapiu. Skoro však pochopila, že experienciálny prístup v práci s klientom prináša bohatý materiál, ktorý je ťažko použiteľný pre klasickú paradigmu kvantitatívneho výskumu. Pokúsila sa vytvoriť systém pre klasifikáciu obsahu snov podľa elementov definovaných M. Bossom. Výsledky predvýskumu však neboli uspokojivé. Až potom sme objavili systém Hall-Van de Castleho, ktorý je zatiaľ najprepracovanejšou a vo svete najviac používanou klasifikáciou snových obsahov. Autorka ho preložila, upravila pre použitie na naše podmienky a vyskúšala ho v oblasti kde pôsobí dlhé roky – v psychoonkológii. Jej pokračovatelia z radov diplomantov Katedry psychológie použili tento systém na ďalších súboroch – populácii vysokoškolských študentov rôzneho zamerania a pacientoch so schizofrénnyimi a depresívnymi poruchami. Podľa môjho názoru tento systém vypovedá viac o „anatómii“ než o „fyziológii“ snov, niekde však začať musíme.

Je pre mňa potešením, že som mohol sprevádzať autorku pri jej hľadaní ako školiteľ jej diplomovej a neskôr dizertačnej práce. Bol som svedkom jej vzplanutí a sklamaní a tak som sa dostal k privilégiumu byť „krstným otcom“ prvej slovenskej monografie o snoch, založenej na empirickom výskume. Uplynulo čosi vyše 100 rokov od vydania Freudovej monografie „Výklad snov“ /1900/. Snáď bude práca Mgr. Márie Andrášiovej, PhD. výzvou a inšpiráciou pre ďalších autorov.

prof. PhDr. Anton Heretik, CSc.



# OBSAH

<b>PREDHOVOR</b> .....	3
<b>1. HISTORICKÝ VÝVOJ NÁZOROV NA VÝZNAM SNOV</b> .....	7
<b>2. KLINICKÉ PRÍSTUPY K PRÁCI SO SNAMI</b> .....	11
2.1. Interpretačné prístupy .....	11
2.1.1. Sigmund Freud .....	11
2.1.2. Carl Gustav Jung .....	13
2.1.3. Alfred Adler .....	15
2.2. Experienciálny prístup k snom .....	16
2.2.1. Frederick Perls .....	16
2.2.2. Arnold Mindell .....	17
2.3. Fenomenologický prístup Medarda Bossa .....	18
2.4. Kognitívna teória snov Calvina Halla .....	19
2.5. Výskum snov u psychiatrických a psychosomatických pacientov .....	22
2.6. Výskum snov v psychoterapii .....	25
<b>3. ZÁKLADNÉ CIELE PRÁCE</b> .....	27
<b>4. METODOLÓGIA VÝSKUMU</b> .....	28
4.1. Charakteristika výskumného súboru .....	28
4.2. Použité metodiky .....	28
4.2.1. Analýza snových obsahov .....	28
4.2.1.1. Fenomenologická analýza snov M. Bossa .....	28
4.2.1.2. Analýza snov systémom Hall/Van de Castle .....	29
4.2.2. Doplnkové metodiky .....	33
4.2.3. Štatistické metódy analýzy dát .....	34
<b>5. VÝSLEDKY</b> .....	35
5.1. Rozdiely v obsahoch snov medzi onkologickými a neurotickými pacientkami .....	35
5.1.1. Fenomenologická analýza obsahov snov podľa M. Bossa .....	35
5.1.2. Hall/Van de Castleho kvantitatívna analýza obsahov snov .....	38
5.2. Korelačné vzťahy medzi kvantitatívnymi premennými .....	43
<b>6. DISKUSIA</b> .....	47
6.1. Obsahy snov u onkologických a neurotických pacientov .....	47
6.2. Ostatné metodiky použité vo výskume .....	53
6.3. Metodologické problémy a limity použitých metód .....	54
6.4. Implikácie výskumu pre vedu a klinickú prax .....	57
6.4.1. Implikácie výskumu pre vedu a výskum .....	57
6.4.2. Implikácie pre klinickú prax .....	58
<b>... NAMIESTO ZÁVERU</b> .....	59
Prílohy .....	60





# 1. HISTORICKÝ VÝVOJ NÁZOROV NA VÝZNAM SNOV

Dejiny výkladu snov sa začínajú pokusmi pochopiť význam snov ako skutočných zážitkov odhmotnenej duše, hlas bohov, predkov, alebo démonov. Najstaršia zmienka o snoch sa datuje do obdobia 3000 rokov pred Kristom a pochádza z Mezopotámie. *Mezopotámci* rozlišovali *posolstvo prinášajúce sny*, tieto sa zjavovali väčša kráľom a zvestovali im osobne významné posolstvá, *prorocké sny*, odhaľujúce osud jednotlivca prostredníctvom znamení (napríklad pitie vína predznamenávalo krátky život) a *symbolické sny*, v ktorých sa snívajúci stretávali s bohmi, hviezdami, ľuďmi. Symbolické sny vyjadrovali osobnostnú dynamiku snívajúceho a boli považované za indikátor choroby, nebezpečenstva alebo hriechu. Zo strachu pred nárastom ich potencie sa o nich nehovorilo (Hill, 1996). *Egyptania* pokladali sny za cestu, ktorou sa duši dostáva vedenie z duchovného sveta, za posolstvá od bohov, ukrývajúce predtuchu budúcnosti. V Egypte vznikla v roku 1300 pr. kr. prvá práca o snoch. Podľa *Hebrejcov* môže záhrobný svet odhaliť budúcnosť. Preto keď chceli, aby sa im prisnili veštecké sny, spávali na cintorínoch, aby mali bližšie k svetu zomrelých. *Indovia* verili, že sen dokáže predpovedať chorobu. Na označenie určitých somatických symptómov používali ustálené symboly (Puškárová, 1993). Odkazy na sny nachádzame aj v *náboženských spisoch*. Podľa starých izraelských tradícií sny prichádzajú od Boha a sú prejavom jeho vôle. Takéto chápanie snov môžeme nájsť v *Biblii*, takmer v každej časti od Genesis až po Zjavenie, vo veršoch Mojžišových, Danielových, Zachariášových i knihe Jóbovej (Sanford, 1992). V *Talmude* sa zmienka o snoch objavuje až 270-krát. Rabín Hisda vyjadruje svoju vieru v zmysel výkladu snov slovami: „Neinterpretovaný sen je ako neprečítaný list” (in Hill, 1996, str. 27). Medzi tzv. „primitívnymi” národmi sú sny a snová kultúra centrom hlboko duchovného spôsobu života. *Americkí indiáni*, napríklad, prijímajú sny vo „velebých hodinách” od Veľkého Ducha. Ak by človek nedostával sny, prevládla by jeho nižšia ľudská časť, ktorá je často nevedomá a krutá. Vďaka snom ale môže duša dosiahnuť vznešenosť (Černoušek, 1988).

Najstaršie chápanie sna v *antickej kultúre* je idealistické a má podobnú štruktúru ako intuitívne porozumenie snom v staroindickej, hebrejskej či inej starovekej kultúre: sen je návštevou bohov počas spánku, je vyjadrením božej starostlivosti o ľudskú dušu. V neskoršom období antiky sa začína rozvíjať materialistický názor, že sny vznikajú z telesnosti človeka, ale aj psychologické chápanie sna. Podľa Černouška (1988) v antike možno nájsť zárodky všetkých hlavných teórií snov: idealistických, materialistických, lekársko-psychologických, aj analytických. *Homér* považuje sny za prejav najracionálnejších, ale i najiracionálnejších síl v človeku. Podľa *Sokrata* sú sny hlasom nášho svedomia, ktorému treba načúvať. *Platón*, naopak, vidí v snoch prejav iracionálneho živočíšstva človeka. Podľa *Aristotela* sny pochádzajú zo srdca, ktoré je sídlom citov a vášní. Sen je dôležitý diagnostický nástroj, ktorý môže signalizovať začínajúcu chorobu, nakoľko v spánku snívajúci príliš nevníma signály z vonkajšieho sveta a tak je citlivejší na zachytenie subtilných vnútorných procesov prebiehajúcich v jeho organizme. *Hippokrates*, okrem prorockej a psychologickkej hodnoty

snov, veril aj v ich diagnostickú hodnotu. Duša je schopná počas spánku postihnúť zdroje telesnej nerovnováhy. Tieto sa prejavujú tak, že sa v sne namiesto bežných obrazov z bdelého života nejakým spôsobom odhalí obraz choroby, alebo sa zvýrazní niektorý zo základných živlov (voda, oheň, zem, vzduch). Diagnostická interpretácia sna vychádzala z myšlienky jednoty mikro a makrokozmu, podľa ktorej orgány ľudského tela analogicky súvisia so základnými elementami bytia a s nebeskými telesami (in Hill, 1996, Fromm, 1970, Černoušek, 1988). Najúplnejšie spracovanie výkladu snov v antickom svete zanechal *Artemidoros z Daldis*. Spísal päťdielne pojednanie o výklade snov, obsahujúce 3000 snov. Sny chápal ako vodítko k hlbšiemu poznaniu psychiky snívajúceho. Vyjadrujú sa rečou symbolických obrazov, ktoré treba vedieť dešifrovať. Hlavným nástrojom vykladačského umenia je asociácia, pričom snový prvok znamená to, čo pripomína vykladačovi. Niektoré symboly majú univerzálny charakter. Význam snových prvkov sa však musí vykladať s ohľadom na osobnosť snívajúceho. Obsah sna a jeho výklad môžu ovplyvňovať aj kultúrne a dobové zvláštnosti (Artemidoros, 1974).

Hoci u *Rimanov* vychádza vzťah k snom z princípov, ktoré vyznávali Gréci, nedosahoval hĺbku pohľadu akú nachádzame u gréckych mysliteľov. V dobe rozmachu rímskej ríše sa chápanie sna postupne degradovalo len na veštecký výklad snov, často pokladaný za nezmyselnú, rozum zaťažujúcu činnosť (Fromm, 1970). Z grécko-rímskej kultúry prechádza idealistické a materialistické chápanie sna aj do *raného stredoveku*. V kresťanskej teológii prevládal idealistický pohľad, podľa ktorého sú sny posolstvom božej vôle. Približne v 3. – 4. storočí n. l. sa tento postoj k snom začal meniť. Pričinil sa o to aj muž menom Hieronym, ktorý prekladal hebrejskú Bibliu do latinčiny. V preklade – pravdepodobne zámerne – nesprávne preložil hebrejské slovo čarodejníctvo („*anan*“) ako „pozorovanie snov“ („*observing dreams*“). Niekoľkokrát teda v texte „zatracovanie čarodejníctva“ preložil ako „zatracovanie pozorovania snov“. Jeho nesprávny preklad bol začiatkom obdobia zatracovania snov cirkvou na ďalších takmer pätnásť storočí. Sny viac neboli posolstvom od Boha. Výklad snov sa v očiach katolíckej cirkvi zmenil zo spirituálnej aktivity na obcovanie s démonmi a posadnutosť diablami a bol trestaný inkvizíciou. Tomáš Akvinský varoval pred démonmi v snoch, pápež Gregor výklad snov pod hrozbou trestu smrti zakázal (in Hill, 1996).

Po období stredoveku sa pohľad na sny pomaly začal meniť. Približne od 17. storočia prestali byť spájané s démonmi a diablami, a viacerí autori (*Hobbes, Voltaire, Kant a iní*) zastávali teóriu, že sny sú dôsledkom telesných podnetov a popudov (in Fromm, 1970). Černoušek (1988) považuje za dôležitý medzník vo vývoji štúdia snov *prvú polovicu 19. storočia*, kedy bola snom opäť priznaná psychologická závažnosť a objavujú sa prvé vedecké spisy o snoch. *Carus, Novalis, Schubert* oživujú prastarý názor, že v sne sa objavujú žiadosti a túžby snívajúceho, prameniace z nižších vrstiev osobnosti, potlačené nárokmi spoločenských konvencií. Podľa *Hilderbrandta a Strumpella* sny zobrazujú zážitky z minulých dní. Všetky snové obrazy sa dajú geneticky objasniť, pretože sen vždy preberá svoju základnú látku z toho, čo snívajúci zažil, videl, počul, o čom premýšľal počas bdenia. *Delage* súhlasí s názorom, že snový materiál je tvorený zbytkami dojmov z posledných dní. Sen je nepo-

znaná reprodukcia, objavujú sa v ňom najmenej uvedomené a zároveň najsilnejšie dojmy z nedávnej minulosti (in Freud, 1937, Černoušek, 1988).

Ďalšia skupina autorov považuje sen len za telesný pochod a psychické výkony v sne posudzujú nepriaznivo. Podľa *Binza* sa prostredníctvom sna vyplavujú „látky únavy“. *Robert* pripisuje snu hygienickú funkciu – chráni psychický aparát pred preťažením. Sen vzniká vylučovaním neúplných myšlienok a nedostatočne spoznaných zmyslových dojmov uplynulých dní z mysle. Keby človek nesníval, v jeho mozgu by sa nahromadilo množstvo nedokončených myšlienok. Sen slúži ako poist'ovací ventil pred preťažením pamäti (in Freud, 1937, Černoušek, 1988).

Freudom (1937) vysoko oceňovaný je *Schernerov* spis *Život snov*. Sen vysvetľuje ako fantazijnú činnosť duše. Materiál, z ktorého vznikajú sny, pochádza prevažne z telesných pochodov. Fantazijná činnosť je oslobodená od vlády rozumu, pretože tento je v spánku utlmený. Sen sa vyjadruje symbolicky. Scherner vytvoril výkladový slovník symbolov. Snové symboly najčastejšie prekladal telesnými význammi. Podľa Freuda jeho prínos spočíva jednak v podnietení prieskumu bohatej snovej symboliky, jednak v rehabilitácii chápania sna z čisto telesného deja na fenomén, ktorý má aj psychologickú hodnotu.

Celkovo možno konštatovať, že od čias antiky, kde sa objavili zárodky všetkých hlavných teórií snov, sa v histórii výkladu snov opakovane objavujú idealistické, materialistické, telesné a analytické spôsoby ich interpretácie, pričom psychologický výklad sna nadobúda čoraz väčší význam. Teórie moderných „snových majstrov“, ktoré uvedieme v nasledujúcej kapitole, nadviazali na uvedené prístupy a niektoré z nich prepracovali do väčšej hĺbky.



## 2. KLINICKÉ PRÍSTUPY K PRÁCI SO SNAMI

### 2.1. Interpretačné prístupy

#### 2.1.1. Sigmund Freud

Základný teoretický predpoklad, na ktorom stavia svoje teórie celý psychoanalytický smer, teda aj Freudova teória snov, je existencia nevedomia.

Freud zostavil prvú komplexnú psychologickú teóriu snov použiteľnú v psychodiagnostike a v psychoterapii. Pri liečbe neurotických pacientov si všimol, že sa často zmieňovali o svojich snoch. Ich analýzou dospel k záveru, že *sen je zmysluplný psychický fenomén*, nesúci z nevedomia posolstvá našich infantálnych, iracionálnych túžob a hnutí, ktoré si pri plnom vedomí nemôžeme alebo nechceme pripustiť. Prístup snových obsahov do vedomia je kontrolovaný **snovou cenzúrou**. Táto rozhoduje o tom, ktoré prania pustiť do vedomia a ktoré, naopak, potlačiť. Hoci je snová cenzúra počas spánku oslabená, nie je utlmená celkom. Preto sa musia pudové prania, ktoré chcú prejsť z nevedomia do vedomia, zahaliť. Tak vzniká **latentná** a **manifestná** podoba sna: latentné snové myšlienky (reprezentujúce pudové, zväčša sexuálne prania), ktoré sú pravou podstatou sna, si navliekajú na seba masku manifestných snových obsahov a v tomto prestrojení sa snažia vojsť do vedomia a naplniť formou halucinačného prežitku (Freud, 1991a, 1991b). Proces, v ktorom sa za účasti snovej cenzúry premieňa latentný snový obsah do svojej manifestnej podoby, Freud (1989) nazval **snová práca**. Kvalitatívne je veľmi vzdialená vzorcu bdelého myslenia. Spočíva „*vo zvláštnom spracovaní predvedomého myšlienkového materiálu, pričom sú jeho časti zhustené, psychické akcenty presunuté, celok prevedený do vizuálnych obrazov, zdramatizovaný a doplnený zastierajúcim druhotným spracovaním*“ (Freud, 1989, str. 37).

**Zhustenie** je proces, v ktorom manifestný sen preberie do svojho obsahu menej obrazov ako má sen latentný. Zhustenie vzniká tak, že sa určité latentné prvky úplne vynechajú, respektíve z nich prejde do manifestného sna len zlomok a snové prvky, ktoré majú niečo spoločné, sa zlievajú. Snový obraz potom vykazuje styčné body väčšiny snových myšlienok. **Presun** sa uskutočňuje tak, že sú latentné snové prvky nahradené vzdialenejšími asociáciami a psychické akcenty presunuté na menej dôležité elementy. **Plastické znázornenie** je proces, v ktorom sú latentné snové myšlienky prevádzané na zmyslové, zväčša vizuálne obrazy. Pretože z takých obrazov vzniklo naše myslenie, pri snovej práci vlastne dochádza k regresívnemu spracovaniu myšlienok. „*Regresia snovej práce nie je len formálna, ale i materiálna. Nielen, že prekladá naše myšlienky do primitívnej vyjadrovacej formy, ale oživuje i charakteristické rysy nášho prvotného života, starú nadvládu vlastného Ja, počiatkové hnutia nášho sexuálneho života, ba i náš starý intelektuálny majetok...*“ (Freud, 1991a, str. 154). **Druhotné spracovanie** pretvára prvotné výsledky snovej práce do kompaktného celku, sen stráca zdanie absurdnosti a nesúvislosti, a zdá sa byť zrozumiteľným zážitkom (Freud, 1937, 1991c, Pardel, 1972, Straub, 1984).

Aj keby manifestný sen nebol deformovaný snovou prácou, nekryl by sa s latentnými snovými myšlienkami, pretože obrazy, do ktorých sú snové myšlienky prevádzané, obsahujú **symboly**, ktoré tiež činia sen neprehľadným. Snový prvok je teda symbolom nevedomej snovej myšlienky. Podľa Freuda existuje istý počet snových prvkov, ktoré u pacienta nevedú k asociovaniu a dajú sa doplniť konštantnými prekladmi. Ak ešte poznáme osobnosť snívajúceho, pomery v ktorých žije, dojmy, ktoré snu predchádzali, dá sa sen vylóžiť aj bez asociácií snívajúceho. To ale neznamená, že výklad symbolov má nahradiť asociačnú techniku výkladu snov, má ju len doplniť (Freud, 1991a). Okruh vecí, ktoré bývajú znázorňované v sne, nie je podľa Freuda (1991a) veľký: ľudské telo (dom), rodičia (kráľ a kráľovná), deti a súrodenci (malé zvieratá, nepríjemný hmyz), narodenie, smrť. O to výdatnejšia je Freudova sexuálna symbolika v sne. Je veľmi často kritizovanou oblasťou jeho Výkladu snov. Freud sám sa ohradzuje proti presexualizovaniu jeho teórie kritikmi nasledovne: „Tvrdenie, že všetky sny vyžadujú sexuálny výklad, je môjmu Výkladu snov cudzie“ (Freud, 1937, str. 333).

**Snový materiál** tvoria **zážitky z detstva** – detský život so svojim egoizmom, incestnou erotickou voľbou a „perverzными“ túžbami v nich stále pretrváva. Nevedomé infantilné pudové hnutia sú hybnou silou sna a len za ich spoluúčasti môže sen vzniknúť. K nim pristupujú **denné zbytky** – nedôležité momenty z bdelého života nie staršie ako dva–tri dni, ktoré ako indiferentný materiál zahalujú infantilné túžby pred snovou cenzúrou. V sne sa tiež môžu objaviť **somatické a exogénne vplyvy**. Sú to podnety z vonkajšieho prostredia, ako aj z vnútra organizmu (Freud, 1937, 1991a).

Hlavnou funkciou sna je odstrániť duševné podnety narušujúce spánok, čiže **ochrana spánku**. Pretože pudové hnutia spánok rušia svojimi neúnavnými pokusmi o uspokojenie, jediný spôsob, ako spánok ochrániť, je „umlčať“ ich splnením prianí. Prianie je teda podnecovateľom sna a vyplnenie priania je jeho obsahom (Freud, 1991a).

**Výklad sna** spočíva, podľa Freuda (1937, 1991a), v spätnom preklade manifestného sna do pôvodných snových myšlienok. Pri výkladovej práci sa sen najskôr rozčlení na jednotlivé prvky a snívajúci uvádza asociácie, ktoré ho bezprostredne k týmto prvkom napádajú. Má pritom viacero možností:

- hovoriť vlastné nápady k snovým prvkom a pracovať s nimi
- zostať pri výklade jedného snového prvku a pracovať s ním
- hovoriť najskôr o udalostiach z predošlého dňa, ktoré sa v jeho asociáciách nejako spájajú so snom (Thomä, Kächele 1993)

Pri asociovaní k snovým prvkom niekedy stačí zopár nápadov, inokedy treba vytvoriť dlhé asociačné reťazce, aby sme sa dostali od snového prvku k jeho nevedomému základu. Rozdiely v dĺžke asociačných reťazcov závisia od veľkosti odporu. Je to konflikt medzi silou, ktorá niečo chce povedať a inou, ktorá sa proti tomu vzpiera, konflikt medzi nevedomým prianím a cenzúrou. Veľký odpor nesie so sebou veľkú deformáciu nevedomého a tým aj dlhý spätný pochod k latentným obsahom sna (Freud 1991a). Ak má byť analýza sna úspešná, snívajúci nesmie zo zdeľovania žiadnu asociáciu vynechať. Pre snívajúceho zdan-

livo nevýznamné asociácie sú veľmi často cestou k nevedomému materiálu. Ak je snový prvok znázornený symbolom vyžadujúcim konštantný preklad, asociácie snívajúceho zväčša zlyhávajú. Výklad v takomto prípade urobí analytik (Freud 1991a, 1991c).

Podľa Freuda sú sny analyzovateľnými výpoveďami o nevládnutej minulosti a ich výkladom môžeme odhaliť potlačené zážitky z detstva, ktorých vedomé spracovanie a prijatie je cieľom analýzy.

### 2.1.2. Carl Gustav Jung

Podľa Junga (1993) je sen *sebaznázornením aktuálneho rozpoloženia nevedomia* a zároveň je *jednou z najefektívnejších ciest jeho analýzy*. Vzniká spontánne a prejavuje sa symbolicky. Je to nestranný, bezprostredný výtvor nevedomej duše, nepodliehajúci vôli vedomia (Jung, 1978). Základnou vlastnosťou nevedomia je jeho **kompenzačná schopnosť** k vedomiu, ktoré vytvára reakcie prispôbené požiadavkám okolia. Nevedomie kompenzuje túto jednostrannosť reakciami, ktoré zodpovedajú potrebám vnútra. Sen, hlas nevedomia, prináša človeku posolstvá jeho odvrátenej strany, obsahuje hľadiská, ktoré nie sú zastúpené vo vedomom nastavení. Kompenzácia v sne nemusí znamenať úplný opak toho, čo hovorí vedomie, záleží od toho, aké je stanovisko vedomia (Jung, 1982). Ak je primerané, t.j. zodpovedajúce potrebám okolia a vnútra, sen túto tendenciu podporuje. Ak je objektívne aj subjektívne neprispôbené, kompenzujúca funkcia nevedomia sa stáva vedúcou, **prospektívnou funkciou**, ktorá je schopná dať vedomému nastaveniu lepší smer v zameraní. Prospektívne sny sú časté u ľudí ktorí sa podceňujú, ktorí zostali pod svojou vlastnou úrovňou. Nevedomie tu vstupuje ako podporná inštancia. Nevedomie však môže mať aj negatívne kompenzujúcu, t.j. redukujúcu funkciu v prípade, keď má snívajúci o sebe privysokú mienku (Jung, 1982, Straub, 1984). Proces psychickej kompenzácie je veľmi individuálny. Spôsob, akým sen kompenzuje postoj vedomia, závisí od celkovej povahy jedinca. Pri výklade sna treba zohľadňovať momentálnu situáciu vedomia, ktorá pomáha rozoznať mieru a formu kompenzačného znázornenia. Ak sledujeme sériu snov zistíme, že sen je kompenzáciou nie len aktuálnej polohy vedomia, ale že kompenzačné aspekty v sne sledujú istý cieľ: procesuálne sa vyvíjajú k individuácii (Jung 1982).

Reč sna je **prelogická, symbolická a archaická**, dáva prednosť obrazom a názornosti. Symbol hrá v Jungovom výklade snov ústrednú rolu, je mostom medzi vedomým a nevedomým. Snové obrazy prinášajú v symboloch materiál z nevedomia, ktorý sa utvoril v dôsledku vedomého postoja. Obsah symbolu má obsiahly mimovedomý aspekt, ktorý sa nedá exaktne definovať a bezo zbytku vyjadriť racionálnymi prostriedkami (Straub, 1984).

Jung nesúhlasí s Freudovým názorom, že sen je len fasáda, za ktorou sa skrývajú skutočné obsahy. Sen nič nezakrýva, hovorí to, čo chce povedať, len mu nerozumieme, pretože nevieme čítať jeho symbolický jazyk a spôsoby vyjadrovania. Jung nesúhlasí ani s Freudovým štandardným výkladom symbolov. Snová symbolika je mnohoznačne podmienená a treba ju aj mnohoznačne vykladať. Súvisí so špecifickou životnou a duševnou situáciou snívajúceho. V priebehu analýzy symboly najskôr nesú rysy detských alebo iných spomienok. Čím hlbšie vrstvy analýza zasahuje, tým viac sa prejavuje pôsobenie archety-

pov (pra-vzorcov správania) a tým viac majú snové obsahy symbolickú formu vyjadrenia. Archetypické symboly majú svoje korene v kolektívnom nevedomí a sú prejavom trvalej základnej štruktúry psyché, spoločnej všetkým ľuďom (in Starý, 1990, Jacobi, 1992).

Na vzniku sna sa podieľajú vedomé i nevedomé, známe aj neznáme elementy – od „dených zbytkov“ až po najhlbšie obsahy nevedomia. Sen nikdy len neopakuje predchádzajúce zážitky (s výnimkou istých šokových, resp. reaktívnych snov) , vždy je účelne sklbený a sleduje svoj cieľ – kompenzáciu jednostranných postojov vedomia (Jung, 1996).

Sen je prirodzeným prostriedkom homeostázy ľudskej duše a sledovaním série snov môžeme zistiť, že jeho kompenzačné aspekty okrem toho, že odrážajú aktuálnu polohu vedomia, sa procesuálne vyvíjajú k individuácii.

**Pri výklade sna** Jung pracuje najmä so **sériami snov**. Nahrádzajú kontext, ktorý sa freudovská analýza snaží odhaliť pomocou voľnej asociácie. Na objasnenie významu obsahu snových prvkov Jung používa metódu **amplifikácie**. Pacient zdeľuje všetky asociácie nadväzujúce na obraz zo sna bez toho, aby sa od neho príliš vzdaloval. Amplifikácia rozširuje snový obsah analogickými obsahmi a tak robí postupne čitateľným celý snový text (Jung, 1996). Neosobnú amplifikáciu, t.j. amplifikáciu snových obsahov pochádzajúcich z kolektívneho nevedomia, ku ktorým snívajúci nemá asociácie realizuje analytik. Samotná **interpretácia** sna má nasledujúce etapy (Jacobi, 1992):

- popis súčasného stavu vedomia
- popis predchádzajúcich udalostí
- snímok subjektívneho kontextu
- doplnenie informácií zo strany tretej osoby

Každý sen treba pokladať za neznámy a k jeho výkladu pristupovať s „myslou začiatočníka“. Jung rozoznáva dve formy výkladu sna (Jung, 1999a, 1999b):

**a.) výklad na objektívnom stupni** chápe snové figúry ako konkrétne, objektívne existujúce osoby. Predstavujú zameranie snívajúceho vo vzťahu k vonkajším objektom alebo osobám a chcú ukázať ako to, čo snívajúci vedome vidí z jednej strany, vyzerá zo strany druhej, alebo ho chcú upozorniť na niečo, čo prehliadol.

**b.) výklad na subjektívnom stupni** interpretuje snové figúry a dej symbolicky, ako obrazy intrapsychických faktorov a situácií snívajúceho. Všetky postavy v sne chápe ako personifikované rysy – komplexy, črty, postoje, tendencie, atď. – snívajúceho. Takéto obrazy sú zväčša nevedomé, takže sa projikujú na vonkajšie objekty, aby mohli byť postrehnuté. O výklade sna na subjektívnom stupni by sa malo uvažovať vždy, lebo sen je vždy aj subjektívny fenomén.

Do akej miery do výkladu zasahuje analytik závisí od toho, o aký sen sa jedná. Ak je to „malý“ sen, zaoberajúci sa predovšetkým individuálnou problematikou patriacou do osobného nevedomia, zmysel sna vyvodzujeme zo subjektívnej amplifikácie snívajúceho. „Veľké“ sny sú sytené archetypálnymi motívmi, pochádzajúcimi z kolektívneho nevedomia. Vyjadrujú sa zvláštnymi mytologickými formami a k ich zmyslu sa analytik prepracú-



va objektívnou amplifikáciou – t.j. obohatením snových elementov symbolickým materiálom z mytológie, rozprávok, náboženstva. Veľké sny sa najčastejšie objavujú v kritických fázach života a sú procesom spontánnej realizácie celého človeka – jednostrannosť jeho vedomého života je kompenzovaná univerzálnou ľudskou bytosťou v nás, ktorej cieľom je integrácia vedomia a nevedomia (Jung, 1996, 1999a).

O správnosti výkladu sna rozhoduje pacient sám. Aby výklad mohol byť uznaný, musí sa u pacienta dostaviť zreteľný zážitok vnútorného súhlasu. Každý nasledujúci sen zo série upozorňuje na chyby v predchádzajúcich výkladoch. Nesprávne interpretované sny budú prinášať ten istý problém v rôznych zobrazeniach dovtedy, kým ho snívajúci adekvátne nespracuje (Jung 1982, 1993).

Freudovu metódu výkladu snov Jung nazýva reduktívnou, kauzálne-analytickou, pretože snový obraz nepokladá za symbol, ale len za znak a sen redukuje na túžbu po naplnení infantílnych a sexuálnych prianí. Svoj spôsob výkladu sna označil za **syntetický, perspektívne-konstruktívny**, podľa ktorého sen ako produkt nevedomia v symbolickej podobe prezrádza orientáciu na cieľ (Jung, 1997, 1999a, Straub 1984). Podľa Junga k výkladu sna nestačí len Freudovo kauzálne hľadisko, nakoľko kontinuita duševného života má tiež cieľové aspekty zamerané na budúcnosť. Jeho spôsob nazerania na sny je finálny (Jung 1996). Pre Freuda je výklad sna vypátraním jeho príčin, kladie rovnítko medzi zmysel sna a jeho príčinu. Jung nepovažuje život len za reťazec príčinné spojených faktov, toto spojenie je riadené finálne, z hľadiska cieľa. Sen považuje za dôležitý prostriedok k psychickému uzdraveniu a individuácii.

### 2.1.3. Alfred Adler

Podľa Adlera sny, spolu s ranými spomienkami z detstva, predstavujú najdôveryhodnejšie odhalenie a reflexiu osobnosti. Sú obrazom jedinečného životného štýlu snívajúceho, ktorý sa formuje v druhom až piatom roku života, a podmieňuje spôsob psychickej a fyzickej existencie jedinca. Sny napomáhajú zachovávať celistvosť osobnosti, chránia ju pred poklesom sebaúcty a pocitom vlastnej nedostatočnosti. Budujú a podporujú životný štýl snívajúceho. Sny sa pokúšajú hľadať riešenia problémov z bdelého života. Sú orientované do budúcnosti a smerujú snívajúceho k dosiahnutiu cieľa. Obrazy a vnemy v snoch vyvolávajú emócie, z ktorých snívajúci čerpá emočnú silu potrebnú pre riešenie problémov v bdelom živote, s ktorými je konfrontovaný a s ktorými sa nedokáže primerane vysporiadať (Adler, 1995).

Ak životný štýl, ktorý vznikol v detstve, zlyháva pri plnení životných úloh, objavujú sa rôzne duševné poruchy, ktoré svojimi symptómami chránia jedinca pred pocitom zlyhania. Aj sny poukazujú na nedostatok schopnosti vysporiadať sa s vlastnými problémami a nájsť ich optimálne riešenie. Čím lepšie sa snívajúci dokáže vysporiadať so svojou životnou situáciou a každodennými starosťami, tým menej sníva. Nedostatok snov je teda indikátorom duševného zdravia (in Mižičková, 1999).

Adler nesúhlasí s používaním univerzálnych symbolov, každý snívajúci má svoj vlastný vyjadrovací jazyk (in Weiss, 1986, Van de Castle, 1994). Analýzou snov svojich klientov sa snažil o pochopenie ich životného štýlu a ich sociálnym prostredím spochybnených postojov. Prostredníctvom snov tiež sledoval pokrok v terapii. Hoci je vo svojej teórii snov blízko k súčasným teóriám, podľa ktorých sú sny kontinuitou duševného diania a reflektujú bdelé myšlienky, jeho klinické odporúčania pre prácu so snami v psychoterapii sú vážne, čím je ich aplikácia v praxi sťažená.

## 2.2. Experienciálny prístup k snom

### 2.2.1. Frederick Perls

Frederick Perls, predstaviteľ geštalt terapie – prístupu, ktorý sa nezaobrá len štruktúrou charakteru alebo symptómami, ale snaží sa o postihnutie celkového spôsobu existencie človeka, považuje sen za najspontánnejšiu existenciálnu výpoveď, vznikajúcu bez akéhokoľvek zámeru a vôle. Vo všetkom ostatnom, čo človek počas života robí, je prítomný istý druh kontroly alebo cieleného zasahovania. Sny – na rozdiel od bdelého stavu – prinášajú neskreslené výpovede snívajúceho o sebe samom, reflektujú jeho aktuálny spôsob bytia „tu a teraz“. Podľa Perlsa (1996) predstavujú všetky časti sna **fragmenty osobnosti** snívajúceho, najmä také, ktoré boli pôvodne súčasťou jeho osobnosti. V dôsledku fobického postoja a vyhýbania sa uvedomeniu sú však odvrhnuté, popierané, alebo projikované do iných ľudí, zvierat či objektov.

Ak je teda každý aspekt sna časťou osobnosti snívajúceho, úlohou snívajúceho a terapeuta je všetky fragmenty a zážitky zo sna reasimilovať a prepojiť v zmysluplný celok. Najskôr klient povie sen v prítomnom čase, verbálne ho rozčlení na jednotlivé časti. Nepopisuje sen ako príbeh, ktorý sa odohral v minulosti, sústreďuje sa na zážitok „tu a teraz“, aktívne prehráva a znovuprežíva všetky časti sna – každú osobu, vec, náladu, ako atribúty svojej osobnosti. Sám sa teda stáva jednotlivými fragmentami, ktoré sa v sne objavili. Ďalším krokom je zvyčajne rozvinutie dialógu medzi časťami sna. Tento dialóg je facilitovaný technikou „dvoch stoličiek“ alebo „prázdnej stoličky“. Snívajúci sedí na jednej stoličke a preberá vlastnosti zo sna časti A. Adresuje ich prázdnej stoličke oproti, ktoré reprezentuje časť B a odpovedá časti A. V zápätí si snívajúci presadne na predtým prázdnu stoličku, preberie charakteristiky časti B a odpovedá časti A. Takto snívajúci postupne prehrá všetky aspekty sna. Potom zoberie každý z týchto prvkov a nechá ich navzájom sa stretnúť.

Úlohou geštalt terapeuta nie je sen analyzovať. Nakoľko zážitok zo sna je hlbší a komplexnejší ako intelektuálne porozumenie, terapeut podporuje klienta v jeho prejave, pomáha mu zabudnúť na myseľ a vrátiť sa k zmyslu. Sústreďuje sa najmä na tie obsahy v sne, ktorým sa snívajúci vyhýba, pomáha mu objaviť „emocionálne diery“ vo vedomí a facilituje prehrávanie jeho bolestivých zážitkov. Cieľom tejto práce je reasimilácia všetkých aspektov sna a ich integrácia do osobnosti snívajúceho (Van de Castle 1994, Weiss 1986). Podľa Perlsa sny nie sú kráľovskou cestou do nevedomia, ani priestor pre naplnenie pudových priání. Sú vynikajúcim prostriedkom k nájdeniu „medzier“ v osobnosti, „kráľovskou cestou k integrácii“ (Perls 1996, str.74).

### 2.2.2. Arnold Mindell

Arnold Mindell objavil súvis medzi snami a telesnými signálmi ako prejavmi nevedomia a začal pracovať na modele tzv. **proces-orientovanej psychoterapie**. Je to eklektický psychologický smer, vychádzajúci z jungiánskej psychológie, inšpirovaný prácou dynamických psychoterapeutických škôl, myšlienkami taoizmu, fyziky a mytológie.

Podľa Mindella nevedomie hovorí k človeku nielen prostredníctvom obrazov a symbolikou snov, ale aj telesnými symptómami ako sú bolesť, tenzia, choroba. Tieto prejavy sú zmysluplnými posolstvami tzv. **snového tela** – mnohokanálového signalizátora, ktorý priťahuje na seba pozornosť pomocou telesných symptómov, snov, vzťahových problémov atď. a **amplifikuje** ich až kým človek nevypočuje a neprijme ich posolstvo (Mindell, 1985, 1987, in Heizer 1991). Pojem snové telo je podľa Mindella (1993) totožný s Jungovým pojmom psyché, ktorý predstavuje kombináciu vedomých a nevedomých aspektov osobnosti. Koncept snového tela vyrástol na základe Mindellovho pozorovania, že telesné symptómy sa objavujú v snoch a sny zasa vypovedajú o telesných stavoch. Sú to navzájom sa doplňujúce a zrkadliace stránky jednej entity. Ak snové telo svoje posolstvo signalizuje v tele – nazývame ho symptóm. Keď ho signalizuje v snoch, nazývame ho symbol. Symboly v snoch naznačujú štruktúru psychického deja snívajúceho. Snové figúry signalizujú v noci to, čo cez deň napríklad telesné symptómy.

Detské sny predznačujú celoživotné spôsoby správania snového tela. Chronické ochorenia sa často objavujú už v detských snoch. Sen je, zdá sa, proces, ktorý sa pokúša udiat, naplniť. Jeho symboly prináležia prejavom tela a snažia sa stať uvedomenými (Mindell 1985).

Choroba, telesné symptómy a sny sú príležitosťou pre vnútorný rast. Individuačný proces sa u človeka môže začať nejakým veľkým snom, alebo hrozivým symptómom (Mindell 1992).

Proces-orientovaná psychoterapia dôveruje vnútornému procesu klienta a vychádza z presvedčenia, že čo sa v tomto procese deje je správne a malo by byť podporované. Vníma tendencie k zmene, ktoré sú už v živote klienta obsiahnuté, ale ten si toho ešte nie je vedomý. Snaží sa sledovať klientove procesy, pomocou amplifikácie ich zosilniť a priviesť do jeho vedomia. Terapeut nemá vopred stanovené metódy práce, riadi sa situáciou, ktorá práve prebieha. Najdôležitejším nástrojom terapeuta je schopnosť pozorovať procesy. Týmto spôsobom pracuje aj so snami: pozoruje a rozvíja proces snívajúceho a sleduje jeho spätnú väzbu. Sústreďuje sa pritom na také miesto v sne, kde je najviac energie. Každý klient má svoj špecifický spôsob práce so snom: niektorí začínú spontánne asociovať – vtedy terapeut pokračuje v asociovaní. Iní začínú s postavou vo sne viesť dialóg – terapeut použije geštaltné techniky alebo aktívnu imagináciu. Iní klienti silne gestikulujú – pre takých je vhodná pohybová práca. Úlohou terapeuta je sledovať spôsob, akým klient so snom pracuje, zachytiť signály jeho celkového procesu a amplifikovať ich, s cieľom pomôcť klientovi priblížiť sa k tým častiam jeho osobnosti ktoré sú nevedomené, s ktorými sa neidentifikuje, integrovať ich a tak napredovať v individuačnom procese (Mindell 1985).

### 2.3. Fenomenologický prístup k snom M. Bossa

Medard Boss, predstaviteľ daseinsanalytického smeru psychoterapie, pokladá za cieľ ľudského života uskutočnenie všetkých možností, ktoré existencia človeku poskytuje. Tieto možnosti sú prostriedkami k vývinu človeka v jeho jedinečnosti a k rozvinutiu všetkých jeho schopností. V práci s klientmi sa snaží o odhalenie a odstránenie ich problémov vo vzťahu k svetu, v ktorom existujú.

Boss (1958, 1994) chápe sen ako iný **modus bytia-vo-svete**. Snívanie a bdely stav sú dve časti kontinuálnej existencie človeka, dva alternatívne spôsoby bytia, pričom každý z nich pomáha objasniť tie aspekty bytia jedinca, ktoré sú v inom mode nejasné. Pocity, vnemy, dojmy – všetko, čo človek v sne zažíva, ako sa správa k ľuďom, zvieratám, veciam v sne, zrkadlí jeho spôsob bytia a správania sa v bdelom stave. Javy, voči ktorým je človek počas sna otvorený, sú analogické tým, ku ktorým je otvorený počas bdenia a naopak. Výhodou snového stavu oproti bdlosti pritom je, že v sne sa človek oveľa ľahšie ponorí do naladenia, ktoré si v bdelom stave dostatočne neuvedomoval alebo nepripúšťal.

Preto Boss považuje prácu so snami za významnú terapeutickú metódu.

Boss je predstaviteľom fenomenologického smeru v psychoterapii. Zameriava sa na štúdium fenoménov bezprostrednej skúsenosti. Vo svojom celkovom terapeutickom smerovaní, ako aj v prístupe k snom, je inšpirovaný Wittgensteinovou myšlienkou, že každá vec je tým čím je a ničím iným, ako aj Husserlovým „späť k veciam samotným“. Pri práci so snami plne zotrúva u toho, čo fakticky existuje a usiluje sa o stále diferencovanejšie a precíznejšie uvedomovanie pozorovaných fenoménov a ich obsahových súvislostí. Kritizuje analytické teórie snov, ktoré stavajú na existencii individuálneho nevedomia a na predpoklade, že v ňom prebieha snová práca. Vzďalujú sa od fenoménov, ktoré možno bezprostredne pozorovať, ich význam posúvajú do symbolickej roviny a s procesmi, ktoré len hypoteticky predpokladajú, pracujú ako s objektívnymi fenoménmi. Preto ich Boss považuje za špekulatívne, čo podľa neho potvrdzuje aj nejednotnosť výkladov rovnakých snov viacerými psychoanalytikmi. Rovnako zavádzajúci je podľa neho aj štatistický spôsob spracovania snov, priekopníci ktorého sú mylne presvedčení, že kvantifikovateľnosť zaručuje väčšiu pravdivosť (Boss, 1994).

Podľa Bossa fenomény, s ktorými sa človek v sne stretáva, sú presným portrétom toho, ako snívajúci zažíva svoj život v danom časovom období a ako sa stavia k zatiaľ nežitým možnostiam bytia. Snové obsahy sú samo-seba-spodobujúce, sú len tým čím sú. Nie sú symbolom, sú zmyslom samy o sebe. Klasický výklad symbolov nerešpektuje jazyk samotných snových daností, hľadá v nich „skryté obsahy“ a „hlbší zmysel“, čo vedie k dezinterpretácii snových obsahov. Vtesnávanie obsahov sna do formulácii tej-ktorej psychoterapeutickej školy svedčí o neschopnosti jej predstaviteľov prijať fenomény, ktoré sa v sne zobrazujú, v ich pôvodnej podobe, ako aj o potrebe vkladania vlastných významov do ich obrazu (Boss, 1958, 1994).

Boss, rovnako ako Perls, vyzdvihuje v snoch ich aktuálny existenciálny moment a prístupuje k nim totálne ahistorickým spôsobom. Porozumenie sna je podľa neho možné aj bez

zvláštnych znalostí životnej histórie za predpokladu, že si snívajúci dostatočne diferencovane sprítomní snové udalosti so všetkými významovými súvislosťami. Pri práci so snom snívajúci opisuje skúsenosť tak, ako sa bezprostredne objavila v jeho vedomí. Boss pri práci so snom postupuje nasledovne:

- Pozoruje, pre ktoré javy, udalosti a postavy je „tu-bytie“ snívajúceho v čase snívania otvorené a pre ktoré naopak uzavreté, ktoré danosti ho oslovujú, akým spôsobom sa ho dotýkajú. Snaží sa detailne ozrejmiť celú existenciu alebo „bytie-vo-svete“ snívajúceho v dobe snívania.
- Skúma, čo danosti, ktoré sa v otvorenosti snového sveta ukazujú, v snívajúcom evokujú a ako sa k nim správa.
- Pozoruje, aké emocionálne ladenie v čase snenia u snívajúceho prevláda, aké emócie zažíva. Vychádza pritom z presvedčenia, že počas snívania je človek zaplavovaný ladením, ktoré jeho existenciou preniká aj v bdelom stave, ibaže vtedy si ho dostatočne neuvedomuje alebo nepripúšťa. „Ľudia sú totiž v priebehu svojho snenia a spánku stále znovu a s dosiaľ nepoznanou intenzitou zaplavovaní a pohlcovaní práve tým naladením, ktoré ich existenciou preniká už v predchádzajúcom bdelom stave, avšak rozptýlenosť každodenného života ho zatlačuje do množstva rozmanitých vzťahov voči svetu“ (Boss, 1994, s. 43). Toto ladenie teda určuje charakter a šírku oblasti sveta, ktorej je snívajúci otvorený a pod jeho vplyvom sa snívajúci správa práve tak a nie inak. Ak je napríklad snívajúci vyladený na panickú smrteľnú úzkosť, toto ladenie spôsobí také zúženie snového sveta, že do neho môže vstúpiť napríklad len obrovský obor, ktorý snívajúceho prenasleduje a chce ho zničiť.

Dôležité je teda získať obsiahly výklad toho, čo sa snívajúcemu počas snívania ukázalo a ako na to reagoval, diferencovane sprítomniť snové udalosti so všetkými ich významovými súvislosťami. Terapeut by sa nemal odvracať od konkrétneho snového obrazu či postavy a „preskakovať“ k iným, vzdialeným (u Junga napríklad k mytologickým) predstavám. Mal by sa snažiť o stále presnejší popis jednotlivých daností, ktoré sa pacientovi v moduse jeho bezprostredného zmyslového vnímania ukázali. Ak sa to terapeutovi podarí, je tým už popísaný celkový spôsob existencie snívajúceho v časovom období, kedy sa mu sen prisnil. Potom sa terapeut prebudenej osoby opýta, či je schopná vytušiť životné možnosti, ktoré by zodpovedali charakteristikám snovej bytosti. Je pravdepodobné, že sa správny vhľad objaví sám, bez interpretácií terapeuta, zo základu pacientovej bytosti.

Boss považuje prácu so snami za významnú terapeutickú metódu. Prácu na snoch možno použiť aj ako indikátor účinnosti psychoterapie: nedostatočný terapeutický efekt sa zobrazí v podobe nemennosti daností v sne a zotrvačnosťou spôsobov správania sa pacienta.

## 2.4. Kognitívna teória snov Calvina Halla

Podľa Halla sú sny projekciou vnútornej dynamiky osobnosti: „Svet snov je svetom čistej projekcie“ (Hall 1953b, str. 274) a najosobnejším dokumentom, k akému majú psychológovia pri štúdiu osobnosti prístup. Dôkladné štúdium snových výpovedí preto

umožňuje vedecký výskum osobnosti. Hall (1953a, 1953b) snívanie definuje ako kognitívny proces. Vo svojej kognitívnej teórii snových symbolov predpokladá, že proces symbolizácie je funkciou kognitívneho systému Ego. Funkciou symbolu v sne je vyjadriť tak jasne, ako je to možné, jednotlivé koncepcie, ktoré má snívajúci v mysli. Napríklad, ak matku vníma ako starostlivú a vyživujúcu osobu, v sne ju môže reprezentovať krava.

Ak je snívanie definované ako myslenie, ktoré sa zjavuje počas spánku a ak myslenie v podstate pozostáva z tvorenia ideí, potom snívanie je tiež procesom tvorenia obrazov a výsledné snové obrazy možno vnímať ako stelesnenie myšlienok. Sny sú obrazom toho, o čom myseľ premýšľa, konceptuálne sa v nich stáva perceptuálnym. Zobrazujú ekonomickým spôsobom súčasné konflikty snívajúceho, obchádzajú kultúrne a osobné obrany, aby objavili skryté koncepcie a témy s úplnou jasnosťou (Hall, 1953a, 1953b). Sny zobrazia nevedomé a prinesú na povrch prototypické koncepcie. Okolo týchto koncepcií sa formujú konceptuálne systémy, ktoré majú svoj pôvod v ranom živote snívajúceho. Sú antecedentami správania a pravdepodobnejšie sa prejavia v sne, než akýmkkoľvek iným spôsobom. Koncepcie reprezentované v snoch zvyčajne spadajú do jednej z týchto kategórií:

- Koncepcia seba
- Koncepcia iných ľudí
- Koncepcia sveta
- Koncepcia impulzov, zákazov a trestov
- Koncepcia problémov a konfliktov (Van de Castle, 1994).

Snívanie pozostáva z transformácie koncepcií do obrazov a snová interpretácia je opak tohto procesu: obrazy sú prekladané do im zodpovedajúcich myšlienok. Interpretovať sen znamená objaviť koncepcie, ktoré ležia za snovými obrazmi. Táto transformácia sa uskutočňuje načrtávaním uzáverov z materiálu v snovom texte a ich overovaním v porovnaní s inými snami snívajúceho (Hall, 1953). Hall pracoval so snovými sériami, pretože jeden sen nepovažoval za dostačujúci pre osvetlenie osobnosti snívajúceho. Jeden zo série snov je zväčša tzv. „spotlight dream”, tento naznačuje centrálny konflikt snívajúceho v bdelom živote. Ostatné sny slúžia k preskúmaniu znakov toho istého konfliktu a k potvrdeniu správnosti interpretácie „spotlight” sna. Hall je presvedčený, že prostredníctvom obsahovej analýzy snových sérií je možné odhaliť vnútorné konflikty snívajúceho a diagnostikovať jeho osobnosť bez akýchkoľvek iných informácií (Hall, 1947).

Podľa Halla (1966) väčšina psychoanalytických prác so snami podcenila dôležitosť kontroly štatistickej analýzy dát. Preto sa rozhodol urobiť vedeckú štúdiu o snoch, s cieľom nájsť taký systém klasifikovania snových obsahov, ktorý by mohol byť hodnotený objektívnym a kvantitatívnym spôsobom a ustanoviť tak interpretáciu snov za validnú metódu diagnostikovania osobnosti. Systém, ktorý podľa neho spĺňa všetky kritériá vedeckosti, je obsahová analýza. Dôvodov, prečo použiť túto metódu, je podľa neho niekoľko: umožňuje porovnať a štatisticky vyhodnotiť sny ľudí líšiacich sa vekom, pohlavím, etnickou skupinou.

Zachytáva zmeny vo výskyte snových obsahov v priebehu psychoterapie, porovnáva správanie snívajúceho v sne a v bdelom živote, a ďalšie.

Hall použil svoju kognitívnu teóriu snov a snových symbolov takým spôsobom, že častotť výskytu určitej snovej predstavy numericky usporiadal s cieľom objaviť, aké koncepcie snívajúceho ležia za konkrétnymi snovými obrazmi (in Van de Castle, 1994). Takýto typ výskumu snových obsahov začal Hall v roku 1947. Metódou snových sérií zozbieral tisíce snov. Ďalším, pravdepodobne najobtiažnejším krokom, bolo formulovať kategórie tak, aby mali jasné hranice a aby tak bolo možné dosiahnuť pri zaraďovaní obsahov do jednotlivých kategórií vysoký stupeň súhlasnosti medzi posudzovateľmi. Len presne formulované kategórie môžu viesť vo výskume k reliabilným a validným zisteniam. Vytváral ich metódou „pokus-omyl“ v mnohých verziách, kým vznikla ich konečná podoba. Kategórie, ktoré Hall vytvoril, boli **empirické**, neboli odvodené zo žiadnej psychologickkej teórie, a **nominálne**, čo znamená, že boli samostatné, bez implikácie stupňov rozdielnosti. Jeho prvá metóda klasifikácie bola štvorpoložková a sledovala:

- typ prostredia, v ktorom sa dej sna odohrával
- postavy, ktoré v sne vystupovali
- akcie, ktoré sa v sne odohrávali
- emócie, ktoré tieto deje sprevádzali

Hall dospel k zisteniam, že väčšina miest, na ktorých sa sen odohráva, je známa a bežná (dom, ulica a pod.), s ľuďmi, ktorí sa v sne objavujú, má snívajúci v živote silnejšie (pozitívne či negatívne) emočné väzby, nepríjemné emócie ako strach, hnev, smútok sú v snoch dvakrát častejšie zastúpené ako príjemné emócie, atď. (Hall, 1966).

V roku 1966 Hall spolu s Van de Castleom začali metódou obsahovej analýzy pracovať na vytvorení normatívnych ukazovateľov. Prostredníctvom metódy snových sérií zozbierali od „zdravých“ vysokoškolských študentov (100 žien a 100 mužov po 500 snov) tisíc snov. Zozbierané sny kódovali „na slepo“, aby utajili identitu snívajúceho. Snívajúci tak nemali zábrany povedať aj tie najintímnejšie sny a pri interpretácii sna nedochádzalo k prenikaniu informácií z iných zdrojov. Potom pristúpili k samotnej interpretácii snov. Hall (1947) uvádza, že prostredníctvom analýzy obsahov snov dlhých snových sérií možno potvrdiť kontinuitu medzi snami a bdelým životom, a tiež odhaliť vysokú úroveň konzistencie s akou ľudia snívajú o určitých postavách, objektoch, aktivitách, alebo témach počas dlhého časového obdobia. Frekvencia, s akou sa snové elementy objavujú, je indikátorom intenzity, s akou sú tieto myšlienky, koncepcie, atď. zastúpené v bdelom živote snívajúceho. Obe tieto zistenia sú podľa Halla silným argumentom v prospech myšlienky, že sny sú zmysluplné fenomény.

Hall/Van de Castleho systém predstavuje najpodrobnejší a najprepracovanejší systém štúdia obsahov snov, aký bol kedy vyvinutý. Medzi ostatnými metódami analýzy snov je výnimočný tým, že sa spolieha výhradne na snové výpovede. Nepoužíva anamnestické ani žiadne iné údaje o snívajúcom, ani voľné asociácie, amplifikáciu, či interpretáciu.

Spôsob práce týchto autorov so snami vychádza z ich behaviorálnej orientácie. Deskriptívne popisovali obsahy, ktoré sa v sne vyskytovali a snažili sa ich objektivizovať. Tento spôsob práce má celkom odlišný fokus aký by prijal, napríklad, analytik.

Podľa Cartwrighta (in Domhoff, 1996) je obsahová analýza v najvšeobecnejšom zmysle hľadanie zmyslu a opakovania sa vzorcov v písaných dokumentoch. Pokúša sa použiť čo najpresnejšie definované kategórie a kvantitatívne metódy na extrakciu významu z textu. Konvertuje „symbolické správanie“ ľudí do „vedeckých dát“. Kvantitatívna obsahová analýza umožňuje robiť na verbálnom alebo symbolickom materiáli štatistické operácie. Zistenia sú zdeliteľné v zmysluplných číslach. Hlavné operácie sú robené explicitne, dáta by mali spĺňať kritérium objektívnosti, opakovateľnosti, kvantifikovateľnosti a zovšeobecniteľnosti (Osgood, in Domhoff, 1996).

Hall/Van de Castleho systém je aplikáciou všeobecnej metodologickej stratégie nazývanej „obsahová analýza“ na obsahovú analýzu snov. Podľa Halla (1953a, str. 175) je obsahová analýza „kategorizácia jednotiek kvantitatívneho materiálu, s cieľom získať frekvencie, ktoré môžu byť podrobené štatistickým operáciám a testom signifikancie“.

Kvantitatívna analýza obsahov snov potvrdzuje, že:

- existujú spoločné črty, vnútorná koherencia v snoch špecifických skupín
- existuje konzistencia v tom, o čom sníva jednotlivec dlhé roky
- existuje prepojenie medzi snom a bdelym životom

## 2.5. Výskum snov u psychiatrických a psychosomatických pacientov

O snoch psychiatrických a psychosomatických pacientov sa robilo veľa štúdií, pričom sledovaní boli pacienti rôznych psychiatrických diagnóz (najčastejšie depresívni a schizofrénni). Väčšina výskumníkov však používala netestované kódovacie systémy, alebo pracovala s malým počet subjektov. Tiež nemožno vylúčiť, že rôzni psychiatri diagnostikovali nie celkom zhodne jednotlivé typy ochorenia, alebo že ochorenie mohlo byť v rôznom štádiu vývoja. Na snové obsahy mohla tiež vplývať medikácia a hospitalizácia pacientov. Preto z výsledkov, ktoré boli získané, nemožno vyvodit' všeobecne platné uzávery, sú skôr zmapovaním výskumu snov v tejto oblasti.

Viacero výskumníkov sa zaoberalo snami **depresívnych pacientov**. Barret a Loeffler (1992) porovnávali 20 žien, ktoré boli diagnostikované Beckovým dotazníkom depresivity ako depresívne, so skupinou 21 žien bez depresie. Depresívne pacientky referovali menej snov, boli kratšie, vystupovalo v nich menej postáv a menej emócie hnevu. Inak sa autorom medzi skupinami nepodarilo nájsť žiadne významné rozdiely v obsahoch snov. Beck a Cartwright (1986) popisujú u depresívnych ľudí sny plné masochizmu, potrieb závislosti a seba-znižujúcich obrazov. Depresia s psychotickou hĺbkou sa podľa Langeho (1966) v snoch prejavuje beznádejou, smútkom a stratou sebaúcty. Viacerí výskumníci sa zhodli, že sny depresívnych pacientov sú kratšie a chudobnejšie na obsahy. Sny **anxiózných pacientov** vykazujú nízke percento priateľských interakcií a vyšší výskyt negatívnych emócií.



Ďalšou, často skúmanou skupinou v oblasti snových obsahov, sú **schizofrénni pacienti**. Carrington (1982) popisuje v snoch schizofrenikov pocity osamelosti, nedostatok ľudského kontaktu, bizarné predstavy a morbiditu. Kramer a kol. (1976) sledovali sny 15 pacientov so schizofréniou a 15 zdravých študentov s cieľom overiť hypotézu, že ak majú sny význam na individuálnej úrovni, malo by byť možné snové obsahy viacerých snívajúcich od seba odlíšiť. Predpokladali dokonca, že je možné rozlíšiť aj sny, ktoré snívajúci sníval počas jednej noci od snov, ktoré sníval v inú noc. Traja posudzovatelia hodnotili zakódované a „na slepo“ rozdelené sny. Podarilo sa im rozlíšiť sny jednotlivcov medzi sebou a sny snívajúceho z jednej noci. Nepodarilo sa im však rozlíšiť postupnosť, v akej sa sny v rámci jednej noci snívajúcejmu prisnili. Toto zistenie, podľa Kramera ukazuje, že sny nie sú náhodné udalosti, reflektujú pretrvávajúce črty osobnosti a ich obsahy majú vzťah k bdelému životu snívajúceho a k zmenám, ktoré v ňom prebiehajú.

Lange (1966) sledoval sny troch klinických skupín (paranoidne-schizoidné reakcie, hysterická charakterová porucha a psychotická depresívna reakcia) s cieľom zistiť, či sú sny jednotlivých skupín rozlíšiteľné. V troch skupinách po 12 žien sledoval sny z predchádzajúcej noci, z obdobia pred prijatím do nemocnice, z detstva, opakujúce sa sny a akýkoľvek sen, ktorý probandovi utkvil v pamäti. Výsledky výskumu potvrdili, že sledované tri skupiny sú rozlíšiteľné svojimi snami. Témy vyskytujúce sa v snoch, prostredie, v ktorom sa dej odohráva a správanie postáv v sne zrkadlili klinický obraz ochorenia. Napríklad u hysterických žien boli najčastejšie témy choroba, zranenie a sexualita. Warnes a Finkelstein (1971) sledovali **sny psychosomatických a neurotických pacientov**, so zámerom hodnotiť vzájomný vzťah medzi snami psychosomatických pacientov a ich somatickými symptómami a porovnať sny sledovaných skupín medzi sebou. Táto porovnávacía štúdia priniesla zistenie, že psychosomatickí pacienti majú, v porovnaní s neurotickými, vo svojich snoch viac agresie, afekty strachu a bezmocnosti, menej interpersonálnych kontaktov a vyšší výskyt tém smrti a zomierania. Breger a kol. (1972) sledovali pôsobenie stresu pred chirurgickým zákrokom na sny. Pracovali so siedmymi probandami, piati podstúpili operačný zákrok a dvaja slúžili ako kontrolná vzorka. V spánkovom laboratóriu sledovali sny v REM fáze spánku štyri noci pred operáciou a tri noci po operácii. Spolu zozbierali 160 snov. Každému probandovi predložili MMPI, ROR a TAT, s cieľom zmapovať osobnosť snívajúceho. V každom sne prostredníctvom posudzovacích škál hodnotili:

1. priamu alebo symbolickú inkorporáciu elementov, majúcich vzťah k operačnému výkonu
2. dve tematické dimenzie (kvalitu interakcie snívajúceho a rolu snívajúceho)
3. šesť formálnych kvalít sna (anxieta, kognitívne narušenie, atď.)
4. „body image“, kastráciu a hostilitu, ktoré sa podľa autorov vzťahujú k operácii

Výsledky, ktoré autori získali, potvrdili, že hrozba operácie silno vplyva na obsah snov, pričom forma, akou na ne vplyva, závisí jednak od individuálneho významu operácie pre jednotlivca, jednak od jeho typických spôsobov vyrovnávania sa so záťažovými situáciami. Pôsobenie stresu pred operáciou sa v snoch prejavilo najmä vzrastom anxiety, hostility

a fragmentárnosťou a bizarnosťou snových obsahov. V snoch všetkých subjektov sa strach, obavy a konflikty objavili v alterovanej forme, ani jeden subjekt nesníval priamo o operácii. Konflikty symbolizované v snoch sa len zriedka objavili bez pokusu vysporiadať sa s nimi, pričom reakcia snívajúceho závisela od spôsobu, akým sa vyrovnáva s takýmito udalosťami v bdelom živote. Množstvo inkorporácie stresových podnetov do sna bolo závislé od úrovne emočného rozrušenia. Sny teda, podľa autorov, namiesto znovuprežívania bdelých zážitkov ako takých reflektujú neasimilované a emočne vzrušivé udalosti a informácie, s cieľom adaptovať snívajúceho na tieto podnety jemu vlastným a primeraným spôsobom.

Výskumníci, ktorí na analýzu snových obsahov psychiatrických pacientov (bez ohľadu na typ psychiatrickej diagnózy) použili Hall/Van de Castleho systém obsahovej analýzy snov (1966) zistili, že sa v nich objavuje nedostatok priateľov a priateľských interakcií, viac agresie a viac negatívnych emócií. Žiadne z týchto zistení však nie sú typické pre špecifickú diagnózu. Niektorí autori udávajú aj vyššie percento viktimizácie, toto však nepotvrdili všetky výskumy, napríklad Riemann (in Domhoff, 1996) takéto zistenie v skupine depresívnych pacientov nereferoval.

Hall (1966) porovnával sny 50 pacientov (25 schizofrenikov, 15 alkoholikov a 10 pacientov s rôznymi diagnózami) medzi sebou. Našiel len veľmi malé a čo do významnosti nesignifikantné rozdiely: sny schizofrenikov boli kratšie, v snoch alkoholikov bolo viac jedla a jedenia a menej sexu ako v normálnej populácii. Nízke skóre v priateľských interakciách sa však potvrdilo v oboch sledovaných skupinách. Hallovu metódu použili aj Kramer a Roth (1979) v skupine schizofrénnych a depresívnych pacientov. Obe skupiny opäť potvrdili veľmi nízke percento výskytu priateľov, v snoch schizofrenikov vystupovalo viac cudzincov, bolo v nich viac hostility, emocionality a bizarných obsahov. V snoch depresívnych pacientov sa vyskytovalo viac členov najbližšej rodiny.

V 80-tych rokoch sa vo výskume snov objavilo niekoľko štúdií, ktoré sledovali **vplyv psychofarmák na obsahy snov**. Roth a spol. (in Kirschner, 1999) kritizovali štúdie tohto typu, nakoľko väčšina z nich bola robená formou kazuistík, alebo len na veľmi malých vzorkách. Hoci tieto štúdie zistili, že niektoré sedatíva a antidepresíva môžu ovplyvniť kvalitu sna, ani jeden liek nebol skúmaný do hĺbky, preto podstata tohto vplyvu zistená nebola. Nedostatok štandardných metód postihujúcich kvality obsahu sna vyústil do izolovaných útržkov informácií, ktoré podľa autorov zatiaľ nemajú formu koherentného obrazu.

Od čias tejto kritiky boli urobené dve nové štúdie: Riemann a kol. (in Kirschner, 1999) robili štúdiu, v ktorej u depresívnych pacientov sledovali sebahodnotenie príjemnosti sna v rôznych štádiách liečby Trimipramínom. Po štyroch týždňoch pacienti popisovali menej negatívnych emócií. Táto štúdia však nič nehovorí o obsahoch snov. Armitage a kol. (in Kirschner, 1999) robili štúdiu, ktorá porovnávala 27 snových výpovedí pacientov trpiacich nepsychotickou depresiou s 32 snami pacientov z tej istej skupiny po užívaní antidepresív. Pred a počas liečby bola v oboch skupinách zistená nízka úroveň výbavnosti sna. Sny boli krátke, objavovalo sa v nich menej emócií. Sny pacientov, ktorí neboli liečení antidepresívami, boli menej živé a vyskytol sa v nich nižší počet scén.

Podnetnú kazuistickú štúdiu vo výskume tohto typu urobila Kirschner (1999). Sledovala obsahy snov u mladej ženy s generalizovanou úzkostnou poruchou a panickými atakami, pred a po liečbe Zolofom. Z obdobia pred liečbou analyzovala 33 snov, z obdobia po liečbe 40 snov pacientky. Použila hlavné kategórie Hall/Van de Castleho systému obsahovej analýzy snov. Pred liečbou mala pacientka vysoké skóre agresie a nízke skóre priateľskosti. Po liečbe boli hodnoty približne rovnaké ako v americkej zdravej ženskej populácii.

Sledovanie dlhých sérií snov jednotlivcov pred, počas a po liečbe, napr. pre zistenie efektu farmakoterapie alebo psychoterapie, sa zdá byť novým smerom pre ďalší výskum v oblasti Hall/Van de Castleho obsahovej analýzy snov.

Napriek množstvu výskumov, ktoré sa v tejto oblasti urobili, sme v literatúre nenašli výskum, ktorý sa zaoberá analýzou snov u onkologických pacientov.

## 2.6. Výskum snov v psychoterapii

Kramer a kol. (1976) popísal tri základné tézy, ktoré spájajú prevažnú väčšinu súčasných prístupov k snom:

1. sny sú zmysluplné, nenáhodné javy
2. snové obsahy reflektujú bdely život snívajúceho, odkrývajú nevedomené alebo potlačené aspekty osobnosti
3. sny plnia dôležitú adaptačnú funkciu v psychickom živote jednotlivca.

Štúdie o psychologických aspektoch sna možno rozdeliť do niekoľkých smerov:

- štúdium vzájomného vzťahu snov a bdelych zážitkov ako aj rozsahu, v akom sú sny reflexiou osobnosti. V smere tohto chápania snov je hypotéza o spojitosti (Hall, 1953, Kramer a spol., 1976 a ďalší), podľa ktorej sú sny zmysluplné, organizované, nenáhodné udalosti reflektujúce osobnosť snívajúceho a jeho bdely život. Časť výskumov snov sa uberá smerom dokázať platnosť tohto tvrdenia. Napríklad Cartwright a kol. (in Hill, 1996) vo svojom výskume ukázali, že rozvádžajúce sa ženy snivali o rozvode vo významne vyššej miere ako ženy, ktorých sa rozvod netýkal.
- štúdium efektu špeciálne upravených podmienok pre spánok na snové obsahy
- štúdium efektu manipulácie so snom na následné bdelé správanie

Predmetom nášho záujmu je štúdium vzájomného vzťahu snov a bdelych zážitkov, reflexia osobnosti v snoch a možnosť využitia snov v psychoterapii onkologických pacientov. Podľa Weisssovej (1986) sny v psychoterapii používa málo terapeutov, pretože je veľa zavádzajúcich koncepcií spojených so snami. Experimentálne výskumy o význame snov pre psychoterapiu sú veľmi zriedkavé. Objavilo sa zopár pokusov o overenie validity teórií snov a ich klinickej efektívnosti v kontrolovaných podmienkach. Zväčša sa jedná o kazuistické štúdie, ktorým nemožno pripísať širšiu platnosť. Relatívne novým smerom vo výskume snov je skúmanie procesu a efektu snovej interpretácie v psychoterapii, sledovanie efektu psychoterapie prostredníctvom snov a podobne. V tejto oblasti však bolo zatiaľ urobených len veľmi málo empirických štúdií. Dôvodom je jednak skutočnosť, že už samotný výskum efektívnosti psychoterapie je obtiažny, jednak charakter a podstata snov, fakt, že ich

nemožno sledovať priamo, ako aj ťažkosti s metodológiou a štatistickým spracovaním výsledkov, robia výskum v tejto oblasti zložitým.

Hillová (1996) sledovala **efektívnosť snovej interpretácie** v skupine bezprostredne rozvedených žien. Rozdelila ich do skupiny, v ktorej sa interpretovali sny a skupiny, v ktorej sa so snovou interpretáciou nerobilo. Na každú klientku bolo sústredené jedno celé sedenie, pričom ostatní členovia skupiny jej poskytovali svoje asociácie a interpretácie k snu. Ženy, ktoré absolvovali tieto skupiny, získali viac sebaúcty a vhladu do svojho prežívania. Cogar a Hillová (in Hill, 1996) sledovali efekt individuálnej snovej interpretácie na vzrast sebaúcty a pokles symptomatológie. Vzorku tvorili vysokoškooláci, ktorí boli rozdelení do troch skupín. Prvá skupina zapisovala svoje sny a okrem toho 6-krát v týždni absolvovala individuálnu psychoterapiu. Druhá skupina študentov len zapisovala svoje sny a tretia skupina nevenovala snom žiadnu pozornosť. Výsledky štúdie nepotvrdili, že by snová interpretácia priniesla väčšie zmeny v symptomatológii a sebahodnotení. Ani podľa Hallovej nepublikovanej štúdie (in Domhoff, 1996) nemá psychoterapia efekt na snové obsahy.

Ďalšiu oblasť záujmu vo výskume snov predstavuje **porovnanie snovej interpretácie s inými terapeutickými intervenciami**. Diemer a kol. (in Hill, 1996) sledovali účinnosť snovej interpretácie v porovnaní s výkladom udalostí a neštrukturovaným sedením v krátkodobej psychoterapii. Vo všetkých troch porovnávaných skupinách pacientov sa znížil počet symptómov, zlepšilo interpersonálne fungovanie a schopnosť vhladu. Neukázali sa však rozdiely medzi použitím interpretácie snových obsahov, interpretácie udalostí a neštrukturovanými sedeniami. Z tohto zistenia podľa autorov vyplýva, že hoci snová interpretácia nie je efektívnejšia ako iné terapeutické intervencie, nie je ani menej účinná. Hill a kol. (1993) porovnávali interpretáciu snov s ďalšími dvoma terapeutickými intervenciami. Dobrovoľníci boli náhodne rozdelení a jedno sedenie pracovali s terapeutom buď na vlastnom sne, na sne inej osoby, alebo na obťažujúcej, nedávno prežitej udalosti. Probandi, ktorí pracovali na interpretácii vlastného sna, hodnotili svoje sedenie ako hlbšie a získali viac vhladu než probandi z ďalších dvoch skupín. Tento výsledok podľa autorky prináša zistenie, že snová interpretácia je efektívnejšia ako analýza cudzích snov alebo nedávnych udalostí, pričom jej efekt nemôže byť pripísaný len projekcii alebo interpretačnému procesu.

Terapie rôznych orientácií zaznamenali **zmeny v snových obsahoch ako indexu výsledku psychoterapie**, napríklad pokles opakujúcich sa snov a nočných desov. Tieto zistenia však zatiaľ nie sú empiricky preukázané, nakoľko tieto terapie neboli primárne zamerané na štúdium snových obsahov ako indikátora úspešnosti terapie. Jednalo sa zväčša o štúdie, merania robili terapeuti sami, nemôžeme preto vylúčiť ich nevedomenú tendenciu nájsť pozitívne zmeny po ukončení psychoterapie (in Hill, 1996).

Ak zhrnieme výsledky empirických štúdií, ktoré výskumníci pri práci so snami v psychoterapii získali, musíme konštatovať, že sú rozporuplné. Nemožno sa jednoznačne vyjadriť ani v prospech ani v neprospech efektívnosti výkladu snov v terapeutickom procese. Získané výskumy mali rôzne podmienky (niektoré boli robené individuálne, iné v skupine, vzorka bola rôznorodá, často malá, dĺžka sedení bola rôzna. Treba brať do úvahy aj vplyv osobnosti terapeuta na klienta, atď.). Preto je potrebné pokračovať vo výskume v tejto

oblasti a zamerať sa na citlivejšie meranie zmien vo fungovaní klienta a na merania, ktoré sú citlivé na snovú interpretáciu (vhlád, anxiozita v sne sa zmenia) v protiklade ku všeobecnej psychoterapii (symptomatológia a pod.). Otázka ako oddeliť efekt snovej interpretácie od efektu ostatnej terapie zostáva nedoriešená.

Podľa Hillovej (1996) je práca so snami vynikajúcou terapeutickou príležitosťou, nakoľko sny odrážajú bdely život a aktuálne konflikty spôsobom, ktorý sa ľuďi často dotýka na hlbokej, metaforickej úrovni. Ako prínosná sa v psychoterapii ukazuje kombinácia práce so snami a s inými terapeutickými nástrojmi. Dôraz nie je pritom len na obsah sna, ale aj na výkladový proces. Sny sa zdajú byť jedinečnými stimulmi, ktoré pomáhajú ľuďom získať sebaepochopenie. Mnohé zistenia o snoch, ktoré výsledky výskumov naznačili, však nie sú preskúmané v takom rozsahu, aby bolo možné ich generalizovať. Preto je dôležitý ďalší výskum snov v psychoterapii a jeho rôzne modifikácie.

### 3. ZÁKLADNÉ CIELE PRÁCE

K výskumu snov nás privedli onkologickí pacienti. Pracujem ako psychológ v Národnom onkologickom ústave a moji pacienti na terapeutické sedenia spontánne prinášali svoje sny. Pozorovali sme, že sa v nich často opakovali niektoré témy a emócie, čo naznačovalo súvislosť medzi snami a prežívaním ochorenia. Tak vznikla základná otázka nášho výskumu: sú snové obsahy onkologických pacientov odlišiteľné od obsahov snov inej skupiny pacientov?

Systematickým štúdiom literatúry venovanej výskumu snov sme zistili, že prevažná väčšina prác je kazuisticky orientovaná a vychádza z vyhranených teoretických východísk. Empirických štúdií robených na klinickom materiály bolo v tejto oblasti urobených len veľmi málo, rovnako zriedka sa vo výskume snových obsahov používali kvantitatívne metódy. V našej literatúre sme sa s takýmto druhom výskumu nestretli vôbec, s výskumom snov onkologických pacientov sme sa nestretli v našej, ani v zahraničnej literatúre.

Výskum sme zamerali na sledovanie obsahov snov onkologických a neurotických pacientiek, s dôrazom na výskyt tém ochorenia, smrti a poškodenia, ako aj emócií, ktoré sny sprevádzali. Metodologickým cieľom výskumu bolo pokúsiť sa o aplikáciu a prípadnú modifikáciu systémov pre kvantifikáciu snových obsahov u nás.

Vzhľadom na to, že veľmi často prežívanou emóciou v snoch pacientiek bola anxieta, zaujímalo nás, či sú charakter a intenzita úzkosti prežívanej v snoch porovnateľné s ukazovateľmi úzkosti meranými diagnostickými metódami (ROR a STAI – II). Tiež sme sledovali, či sa ukáže priama závislosť medzi diferencovanosťou obsahov v Rorschachovej projekatívnej technike a v snových obsahoch. Pre doplnenie obrazu o pacientkách sme snímali pomerne podrobnú anamnézu a zaujímali nás aj životné udalosti, ktoré pacientky prežili v období dvoch rokov pred prepuknutím ochorenia.

## 4. METODOLÓGIA VÝSKUMU

### 4.1. Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorilo 30 onkologických pacientiek (20 s diagnózou karcinóm prsníka, 7 s diagnózou leukémia a 3 s diagnózou melanóm). Prevažná väčšina pacientiek bola v štádiu liečby ochorenia alebo krátko po liečbe, päť pacientiek bolo po liečbe viac ako dva roky. Porovnávaciu skupinu tvorilo 30 pacientiek so širším rozptylom neurotických porúch (6 s fobickými úzkostnými poruchami, 2 s panickou poruchou, 9 s úzkostne-depresívnou poruchou, 4 s depresívnou epizódou, 4 s obsedantne-kompulzívnou poruchou, 2 s konverznou poruchou a 3 s posttraumatickou stresovou poruchou). Túto skupinu sme vybrali preto, lebo ide o psychoreaktívne ochorenia, ktorých dominantným symptómom je neurotická úzkosť, ale nie ako reakcia na ohrozenie života.

Signifikantné rozdiely v anamnestických údajoch a klinických ukazovateľoch medzi skupinami uvádzame v prílohovej časti práce, tabuľke číslo 1.

### 4.2. Použité metodiky

#### 4.2.1. Analýza snových obsahov

Výskumnú stratégiu sme postavili na:

##### 4.2.1.1. Fenomenologickej analýze snov M. Bossa (Boss, 1958, 1994).

V snových výpovediach sme sledovali tri základné Bossove kategórie:

1. Fenomény, ktoré sa v sne objavili
2. Emócie, ktoré tieto fenomény u snívajúceho vyvolali
3. Správanie, ktorým snívajúci na tieto fenomény reagoval

Nakoľko predpokladáme, že výpovednú hodnotu má aj správanie iných postáv v sne, ich vzťahovanie sa k snívajúcemu, javom a skutočnostiam, ktoré sa v sne vyskytli, doplnili sme štvrtú kategóriu:

##### 4. Správanie iných postáv v sne

Kvôli presnejšiemu zatriedovaniu snových obsahov sme rozčlenili jednotlivé kategórie na podkategórie a ešte menšie jednotky. Použitelnosť modifikovanej metodiky sme overili v predvýskume na vzorke desiatich onkologických pacientiek. Ukázalo sa, že všetky snové obsahy nie je možné do vytvorených kategórií zatriediť, niektoré bolo potrebné presnejšie zadefinovať a niekoľko nových kategórií dotvoriť (Heretik, Andrášiová, 1999).

Na základe zistení z predvýskumu sme vytvorili nasledujúce kategórie a podkategórie:

- 1.) fenomény, ktoré sa v sne objavili
  - ľudia
  - zvieratá
  - objekty
  - prostredie
  - javy a udalosti
- 2.) emócie, ktoré tieto fenomény v sne vyvolali
  - strach, úzkosť
  - smútok
  - radosť
  - zlosť
  - vina
  - slasť
- 3.) správanie, ktoré emócie vyvolali u snívajúceho
  - útok
  - únik
  - zachraňovanie
  - rezignácia
  - imobilita
  - zlyhanie a iné
- 4.) správanie iných postáv v sne
  - prenasledovanie
  - útok
  - sexuálne správanie a iné

Bossov fenomenologický spôsob práce so snami nebol určený pre empirický výskum obsahov snov väčších skupín probandov. Preto sme jeho kvalitatívnu metódu analýzy obsahov snov jednotlivcov modifikovali podľa výskumných potrieb a po zatriedení fenoménov do jednotlivých kategórií sme získané hodnoty kvantifikovali. Pre tento účel sme použili Hall – Van de Castleho metódu kvantitatívnej analýzy obsahov snov. Zaujímala nás nie len výskyt, ale aj početnosť výskytu jednotlivých kategórií a podkategórií v sne. Získané výsledky sme porovnali medzi skupinami.

#### 4.2.1.2. Hall / Van de Castleho metóde kvantitatívnej analýzy obsahov snov.

Hall/Van de Castleho systém klasifikovania a skórovania snových obsahov pozostáva z 10 empirických kategórií (Hall, 1966, Van de Castle, 1994):

- Postavy (počet, pohlavie, identita, vek)
- Sociálne interakcie (agresívne, priateľské, sexuálne)

- Aktivity (fyzická, verbálna, expresívna)
- Úspech a zlyhanie
- Šťastie a nešťastie (telesné, ohrozenie z okolia, neschopnosť pohybu)
- Emócie (negatívne, pozitívne)
- Prostredie (známe, neznáme) a objekty (architektúra, nástroje, časti tela, oblečenie)
- Deskriptívne elementy (modifikátory, temporálna škála, negatívna škála)
- Jedlo a jedenie
- Elementy z minulosti

Posledné dve kategórie Hallovho systému klasifikácie sme vynechali, nakoľko sa v snoch našich pacientiek neobjavili ani raz.

Elementy, ktoré sa v sne objavili, sme podľa kódovacieho kľúča transformovali do tabuľky (Domhoff, 1996), samostatne pre každý sen a každého pacienta (spolu 180 tabuliek). Pre ilustráciu uvádzame kódovanie sna onkologickej pacientky, s vysvetlením jednotlivých kódovacích symbolov:

**Sen** (25-ročná pacientka s diagnózou melanóm): *Je vojna, naháňajú nás fašisti, sme v lese, skrývame sa v pivnici spolu s inými ľuďmi a začne horieť. Prepadáva sa strecha, všetci kričia, pobejú, sú v zmatku. Pomáham pri zachraňovaní.*

Postavy	Agresia	Priateľskosť	Sexualita	Prostr.	Modif.
2MOA 2 JSA	2 MOA 6 > D+2JSA	D 4 > 2JSA	*	IU	
	<b>Aktivity</b>			<b>Objekty</b>	
	D + 2 JSA P 2 JSA E 2 JSA M			NA AR AD	Temp.
<b>Úspech</b>	<b>Zlyhanie</b>	<b>Nešťastie</b>	<b>Šťastie</b>	<b>Emócie</b>	
		M3, D+ 2JSA M3, D+ 2JSA		CO, 2JSA	Negat.

\* Ak niektoré z políčok šablóny zostalo prázdne znamená to, že sa v sne obsah patriaci do tejto kategórie nevyskytol

Vysvetlenie kódovania:

## POSTAVY

- (2MOA) fašisti = (2 – group) skupina postáv, (M-male) muž, (O – occupational) identifikácia povoláním, (A – adult) dospelí
- (2JSA) iní ľudia = (2- group) skupina postáv, (J-joint) zmiešaného pohlavia, (S-stranger) neznámi, (A-adult) dospelí



## SOCIÁLNE INTERAKCIE

- 2MOA 6 > D + 2JSA = *fašisti (2MOA) naháňali (Agresia 6 – prenasledovanie) snívajúceho (D-dreamer) a iných ľudí (2JSA)*
- D 4 > 2 JSA = *snívajúci (D) pomáha pri zachraňovaní (Priateľskosť 4 – pomoc, ochrana)*

## AKTIVITY

- D + 2JSA P = *snívajúci (D) a iní ľudia (2JSA) sa skrývajú v lese (P – fyzická aktivita)*
- 2 JSA E = *iní ľudia (2JSA) kričia (E – expresívna aktivita)*
- 2JSA M = *iní ľudia (2JSA) pobejú*

## NEŠŤASTIE

- M3, D+2JSA = *snívajúci (D) a iní ľudia (2JSA) sú v pivnici a začne horieť (M3 – ohrozenie niečím, nie niekým, z okolia)*
- M3, D+2JSA = *prepadáva sa strecha (M3 – ohrozenie niečím z okolia)*

## EMÓCIE

- CO, 2JSA = *Iní ľudia (2JSA) sú v zmatku (CO comprehension – zmatok)*

## OBJEKTY

- NA = *les (NA – príroda)*
- AR = *pivnica (AR – architektúra, obývatelná)*
- AD = *strecha (AD – architektúra, detaily)*

## PROSTREDIE

- IU = *vnútorné (I – inner = vnútorné), neznáme (U – uncertain = neisté)*

V oboch metódach sme pracovali s tromi typmi snov:

**Sen z detstva** – jeho zapamätanie považujeme za rovnako významné ako napríklad vybavenie si prvej spomienky

**Opakujúci sa sen** – udalosti a zážitky, ktoré sú významné, alebo spojené s chronickými konfliktmi, majú tendenciu sa vracieť

**Sen zo súčasnosti** – vypovedá o aktuálnom psychickom rozpoložení a ladení snívajúceho

Nie každá pacientka sa rozepamätala na celý sen, niektoré si pamätali len ucelené časti sna. Tieto považujeme za rovnako výpovedné ako celý sen. Dve onkologické pacientky a jedna neurotická pacientka si nepamätali opakovaný sen, jedna onkologická pacientka a tri neurotické pacientky si nepamätali sny detstva. Tieto pacientky sme z výskumu vylúčili.

V oboch metódach sme pracovali:

a.) s celkovým počtom snov N = 180 (90 snov onkologických a 90 snov neurotických pacientiek). Abstrahovali sme od jednotlivcov a skúmali sme jednotlivé sny, ich atribúty a skladbu.

**b.) s počtom pacientiek N = 60** (30 onkologických a 30 neurotických pacientiek). Detský, opakovaný a sen zo súčasnosti sme integrovali do jednej snovej výpovede a jednotkou analýzy bol snívajúci.

Okrem klasifikácie snových obsahov do kategórií a kvantifikácie ich výskytu dal Hall vybrané kategórie do vzájomných vzťahov a odvodil z nich niekoľko indexov, ktorých hodnoty v prípade, že sa odchyľujú od normy, označil za ukazovatele psychopatológie (Hall, 1966, Domhoff, 1996). Nakoľko sa touto témou zaoberalo len veľmi málo štúdií, Hall stavia tieto indexy zatiaľ ako hypotézy, ktoré majú byť testované a porovnané s normatívnymi hodnotami. Podľa Halla sú potenciálne ukazovatele psychopatológie snívajúceho nasledujúce:

- 1. znížené % priateľov.** Svedčí o neschopnosti rozvinúť vzťahy mimo najbližšiu rodinu a adjustačných problémoch. Výpovednú hodnotu tohto indexu zvyšuje ak je popri jeho nízkej hodnote naopak vysoký výskyt členov rodiny, neznámych a iných postáv v sne.
- 2. Znížené hodnoty F / C indexu** znamená nedostatok priateľských interakcií s postavami, ktoré sa v sne objavili (priatelia, neznámi, členovia rodiny, atď.). Získame ho podielom priateľských interakcií celkovým počtom interakcií. Index % priateľov a F / C index sú rozdielne merania; prvý zachytáva typy postáv, druhý typy interakcií, ktoré sa v sne objavili.
- 3. Zvýšené % agresie oproti priateľskosti v sociálnych interakciách.** A / F % získame podielom množstva agresívnych interakcií celkovým počtom agresívnych a priateľských interakcií.
- 4. Zvýšené % agresívnych interakcií (A / C index)** vypovedá o počte agresívnych interakcií s postavami, ktoré sa v sne vyskytli. Je počítaný rovnako ako F/C index.
- 5. Zvýšené % viktimizácie** ukazuje na skutočnosť, že je snívajúci v agresívnej interakcii neprimerane často obeťou. Hodnotu indexu získame delením počtu prípadov, v ktorých bol snívajúci obeťou, počtom prípadov, kde bol agresorom alebo obeťou.
- 6. Zvýšené % telesného nešťastia** ukazuje na neprimerane častý výskyt telesného nešťastia (kategórie M5 – zranenie, choroba, bolesť, telesné a mentálne defekty a kategória M6 – smrť následkom choroby alebo nehody), ktorými snívajúci alebo iné postavy v sne trpia. Do kategórie nešťastia patria všetky negatívne, deštruktívne udalosti v sne, ktoré neboli spôsobené snívajúcim, alebo inou postavou v sne. Percento telesného nešťastia je potom suma výskytu telesného nešťastia M5+M6, delená súčtom všetkých kategórií nešťastia M1 až M6.
- 7. Zvýšené % zlyhaní (a komplementárne nízke % úspechu)** v činnostiach, v ktorých snívajúci alebo iná postava v sne vynaložili úsilie, ktoré im neprineslo očakávaný výsledok. Percento zlyhaní sa ráta zo sumy zlyhaní, delenej súčtom úspechov a zlyhaní.
- 8. Zvýšené % negatívnych emócií** v sne. Získame ho ak sčítame všetky negatívne emócie, ktoré sa v sne objavili a túto sumu podelíme všetkými emóciami, ktoré sa v sne vyskytli (in Domhoff, 1996).

Hodnoty získané v jednotlivých indexoch sme kvantifikovali a porovnali medzi skupinou onkologických a neurotických pacientiek.

#### 4.2.2. Doplnkové metodiky

**Rorschachovu projektívnu metódu** (Říčan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek S., 1981) sme použili ako citlivý nástroj na zachytenie celkového obrazu osobnosti, so zameraním najmä na výskyt úzkosti, strachu a celkového emočného ladenia. Obe skupiny sme pozorovali v týchto ukazovateľoch: N, G%, D%, Dzw%, DG%, F%, F+%, Bm, ET, FFb, FbF, Fb, FHD, HdF, Hd, T%, M%, Anat%, Nereal%, RI, V, Persev., Def., Obj. a Subj. výhrada, krv, fabulácie, konfabulácie, šokové fenomény, zlyhanie, znaky senzitivity. Na meranie stupňa anxiety sme použili znaky anxiety podľa modifikovaného Zulligerovho zoznamu (in Michal, 1998):

1.  $N \leq 20$
2.  $G \leq 20$
3. Dd alebo Dzw  $\geq 5$
4. Koartácia zážitkového typu ET
5.  $F\% \leq 50$
6.  $M\% \leq 20$
7.  $T\% \geq 50$
8.  $Anat\% \geq 10$
9. Defektové riešenia
10. Šok
11. Právý farebný typ
12. Zlyhanie
13. Kritika (objektová aj subjektová)
14. Symetria, riešenie otázkou, negácia
15. Prevaha Hd nad Fb riešeniami

Zaujímalo nás tiež asociačný prísun a obsahová diferencovanosť protokolov, sledovali sme, či existujú korelácie medzi týmito charakteristikami v ROR a v snových obsahoch. Získaný „skupinový protokol“ (t.j. priemerné hodnoty 30 protokolov) onkologických pacientov sme porovnali s protokolom neurotických pacientov.

Na meranie úzkostlivosti sme použili **Spielbergerov dotazník úzkosti a úzkostlivosti** (Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G., 1980). Naším pacientkám sme predložili formu X-II, obsahujúcu 20 možností popisu vlastného duševného stavu vo forme krátkych oznamovacích viet. Na 4-bodovej numerickej škále mali hodnotiť mieru vhodnosti jednotlivých viet pre popis „ako sa zvyčajne cítia“. Získané hodnoty sme vyhodnotili pomocou šablóny. Jedným z cieľov nášho výskumu bolo na viacerých úrovniach zistiť, aká miera úzkostlivosti ako osobnostnej črty sa vyskytuje v osobnosti onkologických pacientov a či sa líši od hodnoty, ktorú sme namerali u pacientov s neurotickými poruchami. Tiež nás zaujímalo, či budú hodnoty úzkostlivosti, získané rôznymi metodikami, medzi sebou korelovať. Na tieto účely sme použili ROR a Sebaposudzovaciu škálu úzkostlivosti STAI-II. Použitím štandardizovaných metodík sme sa pokúšali hľadať vzájomné súvislosti medzi nimi a kvalitou snovej produkcie.

Na zachytenie významných udalostí v živote pacientiek sme použili **Dotazník životných udalostí**, ktorý zostavili autorky Maršalová, Seemanová, Hrabovská. Zamerali sme sa na výskyt životných udalostí za časové obdobie dvoch rokov späť od prepuknutia ochorenia. Pacientky hodnotili prežité udalosti podľa kvality ich emocionálneho prežívania ako radostné, indiferentné, alebo neradostné a tiež stupeň ich významnosti. Medzi skupinami sme porovnávali frekvenciu výskytu životných udalostí, vážené subjektívne skóre a výskyt negatívnych životných udalostí.

Vzhľadom na limitovaný rozsah monografie kompletné výsledky získané v doplnkových metódach neuvádzame a záujemci ich môžu nájsť v pôvodnej verzii práce (Andrašiová, 2001).

#### 4.2.3. Štatistické metódy analýzy dát

Použili sme nasledujúce štatistické testy, obsiahnuté v systéme SPSS:

- **Chi – kvadrát test homogenity** na porovnanie dvoch skupín podľa kategorizovanej premennej
- **Fischerov test** pre porovnanie tabuliek typu 2 x 2 podľa dichotomickej premennej
- **t – test** na parametrické porovnávanie úrovne kvantitatívnej premennej v dvoch skupinách
- **Pearsonov koeficient korelácie** na meranie tesnosti lineárneho vzťahu dvoch kvantitatívnych premenných
- **Z – test** pre porovnanie výskytu kategórie v skupine onkologických pacientov s americkou normou

## 5. VÝSLEDKY

### 5.1. Rozdiely v obsahoch snov medzi onkologickými a neurotickými pacientkami

#### 5.1.1. Fenomenologická analýza snov podľa Medarda Bossa

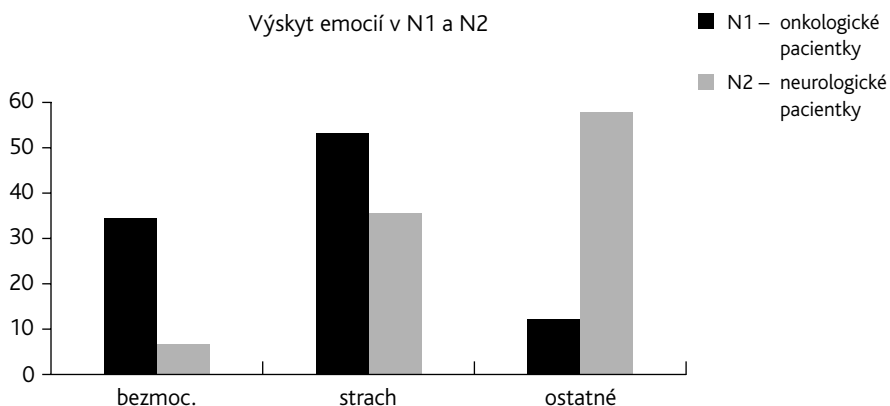
Sen z detstva, opakovaný a sen zo súčasnosti sme najskôr hodnotili samostatne (N=180). Výsledky takto získané ukázali viacero signifikantných rozdielov medzi skupinami (tab. č. 1).

Tab. č. 1 : Signifikantné rozdiely v obsahových kategóriách medzi N1-N2 (N = 180)

Podkategória	Onkologické pacientky N1 %	Neurotické pacientky N2 %	Chi-kvadrat	d f	p
Postavy – priatelia	2,2	11,1	5,714	1	,016
Postavy – mŕtvi, nadprirodzené b.	11,1	25,6	6,270	1	,012
Objekty – technické	22,2	12,2	6,716	2	,034
Prostredie – ulica	10,0	2,2	4,744	1	,029
Udalosť – smrť	5,6	17,8	6,522	1	,010
Emócia – bezmocnosť	34,4	6,7	21,484	2	,000
Emócia – strach	53,3	35,5	6,138	2	,046
Zlyhanie – snívajúci	35,6	20,0	5,427	1	,019
Afiliantné správanie k iným postavám – snívajúci	16,7	8,9	5,234	2	,048
Lietanie – snívajúci	2,2	10,0	4,744	1	,029
Sexuálna aktivita – Iná postava	0,0	6,6	6,206	2	,044

Zo získaných výsledkov nás najviac zaujalo, že v kategórii *správanie snívajúceho v sne* sa u onkologických pacientiek signifikantne častejšie vyskytlo zlyhanie snívajúceho a afiliantné správanie snívajúceho k iným postavám. V kategórii *emócie* (strach, radosť, smútok, zlosť, bezmocnosť, zahanbenie, sklamanie, slasť a iné) sa v skupine onkologických pacientiek signifikantne častejšie objavili emócie bezmocnosti a strachu. Predstavujú až 87,7% zo všetkých emócií, ktoré sa v sne vyskytli (graf č. 1).

Graf č. 1



Pri porovnávaní výsledkov na úrovni počtu probandov ( $N = 60$ ) sa nám v skupine onkologických pacientiek potvrdil signifikantne vyšší výskyt v týchto kategóriách a podkategóriách (tab. č. 2):

Tab. č. 2 : Signifikantné rozdiely v obsahových kategóriách medzi N1-N2 ( $N=60$ )

Kategória	Onkologické pacientky N1 priemerné hodnoty	Neurotické pacientky N2 priemerné hodnoty	t- hodnota	d f	p
Prostredie – ulica	,333	,066	2,22	38,85	,032
Emócia – bezmocnosť	1,066	,266	3,74	42,50	,001
Emócia – strach	1,567	1,006	1,85	57,82	,049
Zlyhanie – snívajúci	1,166	,600	2,13	58	,037

Zaujímali nás aj početnosti výskytu jednotlivých podkategórií, pretože naznačujú tendencie v prežívaní a správaní snívajúceho a iných postáv v sne. Ich kompletný zoznam je uvedený v prílohe.

V skupine onkologických pacientiek sa v kategórii *ľudia* najčastejšie objavili postavy matka, nepriateľ a uniformovaná postava (každá postava 13-krát). V rovnakom počte (10-krát) sa objavili postava otca, skupina postáv, mŕtvi alebo neskutočné postavy. Priateľské postavy boli zastúpené v minimálnom počte (2-krát).

V skupine neurotických pacientiek sa najčastejšie vyskytli mŕtvi a neskutočné postavy (23-krát) – je to najvyšší počet výskytu nejakej postavy vôbec. Matka, iná rodina, nepriatelia, uniformované postavy a známi sa vyskytli v rovnakej početnosti (13-krát), otec, priatelia, súrodenci 10-krát. Pri porovnaní početnosti výskytu postáv v našich dvoch skupinách sa ukázal podstatne vyšší výskyt mŕtvych, neskutočných postáv, priateľov a známych v skupine neurotických pacientiek. Nakoľko je celkový počet postáv v tejto skupine o 24% vyšší, sny neurotických pacientiek možno hodnotiť ako „zaľudnenejšie“.

V kategórii *udalosti* bola v skupine neurotických pacientiek najpočetnejšie zastúpenou udalosťou smrť (16-krát), predstavovala až polovicu z celkového počtu prežitých udalostí, zatiaľ čo v skupine onkologických pacientiek sa objavila len 5-krát. U onkologických pacientiek sa ako najčastejšia udalosť vyskytovala choroba (9-krát). U neurotických pacientiek sa objavila 7-krát, medzi skupinami teda nebol vo výskyte tejto udalosti veľký rozdiel. Katastrofické udalosti ako vojna, záplava, požiar a poškodenie sa v skupine onkologických pacientiek objavili spolu 17-krát, zatiaľ čo u neurotických pacientiek len 8-krát.

V kategórii *emócie* sa v skupine onkologických pacientiek v porovnaní s kontrolnou skupinou ukázal signifikantne vyšší výskyt emócií strachu a bezmocnosti. Aj ostatné negatívne emócie (smútok, zlosť, vina a sklamanie) sa u onkologických pacientiek vyskytovali oveľa častejšie. Zatiaľ čo u neurotických pacientiek sa v snových výpovediach dohromady objavilo 49 negatívnych emócií, u onkologických pacientiek ich bolo až 101. Emócia slasti bola viac zastúpená v skupine neurotických pacientiek (12-krát, pričom u onkologických 7-krát) a týkala sa aj slasti spojenej so sexuálnym aktom, zatiaľ čo v skupine onkologických pacientiek sa neobjavil ani jeden „sexuálny“ sen.

V kategórii *správanie snívajúceho v sne* sa v oboch skupinách najčastejšie vyskytovali neutrálne aktivity ako hra, práca, atď. V skupine onkologických pacientiek bolo druhou najpočetnejšie zastúpenou kategóriou zlyhanie (32-krát). Výskyt tejto podkategórie bol signifikantne vyšší oproti skupine neurotických pacientiek, v ktorej sa zlyhanie objavilo len 18-krát. U neurotických pacientiek bolo po neutrálnych aktivitách čo do výskytu najpočetnejšie zastúpené pozorovanie (23-krát). Únik a konanie pod nátlakom sa častejšie objavili v snoch onkologických pacientiek, rovnako ako aj afiliantné správanie. Podkategórie prebudenie zo sna a imobilita boli zastúpené približne v rovnakom počte v oboch skupinách.

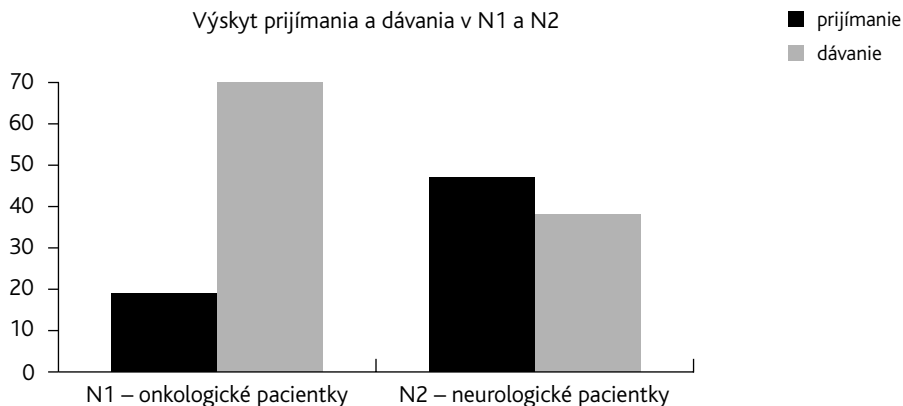
V kategórii *správanie iných postáv v sne* sa vyskytlo v skupine onkologických pacientiek celkovo o 23% menej aktivít ako v neurotickej skupine. Najčastejšie zastúpenými aktivitami v oboch skupinách boli útok a prenasledovanie.

## 5.1.2. Hall/Van de Castleho kvantitatívna analýza obsahov snov

Pri porovnaní percentuálneho výskytu Hallových kategórií snových obsahov sme pri práci s celkovým počtom snov (N = 180) zistili medzi skupinami onkologických a neurotických pacientiek tieto signifikantné rozdiely<sup>\*</sup>:

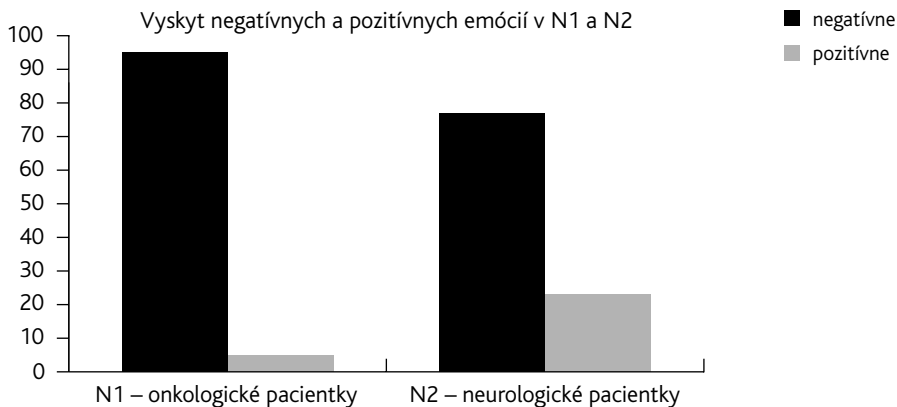
- v priateľských interakciách signifikantne nižšie % výskytu role prijímateľa a vyššie % role „dávajúceho“ v skupine onkologických pacientiek

Graf č. 2



- vyšší výskyt negatívnych emócií (so signifikantnou prevahou anxiózných emócií) a s tým súvisiaci znížený výskyt pozitívnych emócií v skupine onkologických pacientiek

Graf č. 3



\* Pre lepšiu prehľadnosť v grafoch uvádzame len signifikantné rozdiely medzi skupinami. Kompletné percentuálne zastúpenie v kategóriách je uvedené v prílohovej časti práce, tabuľky č. 3, 4.



Keď sme pracovali s počtom pacientiek (N = 60) a nie s celkovým počtom snových výpovedí N = 180, ukázali sa nám medzi skupinami onkologických a neurotických pacientiek vo výskyte snových obsahov nasledujúce signifikantné rozdiely:

Tab. č. 3 : Signifikantné rozdiely vo výskyte snových obsahov medzi N1 a N2 (N = 60)

Kategórie	Onkologické pacientky N1 priemerné hodnoty	Neurotické pacientky N2 priemerné hodnoty	t- hodnota	d f	p
IDENTITA 6A3	,0000	,2667	-2,11	58	,039
PRIRO1A2	,0000	,1333	-2,11	58	,039
PRIRO1A3	,0000	,1667	-2,41	58	,019
AKT1A4	,2000	,0333	2,05	58	,045
OBJ3A2	,1333	,5000	-2,08	58	,042
OBJ4A2	,0000	,1667	-2,41	58	,019
NEGSK1A1	,4333	1,666	-5,48	58	,000
NEGSK1A2	1,666	,9667	2,59	58	,012
NEGSK1A3	,8000	,3333	2,25	58	,029

- viac neskutočných postáv v skupine neurotických pacientiek (IDENTITA 6A3)
- vyšší výskyt role prijímateľa v skupine neurotických pacientiek (PRIRO1A2)
- Vyšší výskyt 4-krát zaznamenatej fyzickej aktivity v sne (A1A4) u neurotických pacientiek
- Vyšší výskyt 2-krát uvedených častí tela v jednom sne (O3A2) u neurotických pacientiek
- Vyšší výskyt 2-krát uvedeného oblečenia v jednom sne (O4A2) u neurotických pacientiek
- Vyšší výskyt 5-násobného objavenia sa architektúry v jednom sne (OBJ1A5) u onkologických pacientiek
- Vyšší výskyt 5-krát uvedených častí tela v jednom sne (OBJ3A5) u neurotických pacientiek
- Vyšší výskyt 1-krát uvedenej negatívnej škály (NEGS1A1) v jednom sne u neurotických pacientiek
- Vyšší výskyt 2-krát uvedenej negatívnej škály (NEGSK1A2) v jednom sne u onkologických pacientiek
- Vyšší výskyt 3-krát uvedenej negatívnej škály (NEGSK1A3) v jednom sne u onkologických pacientiek

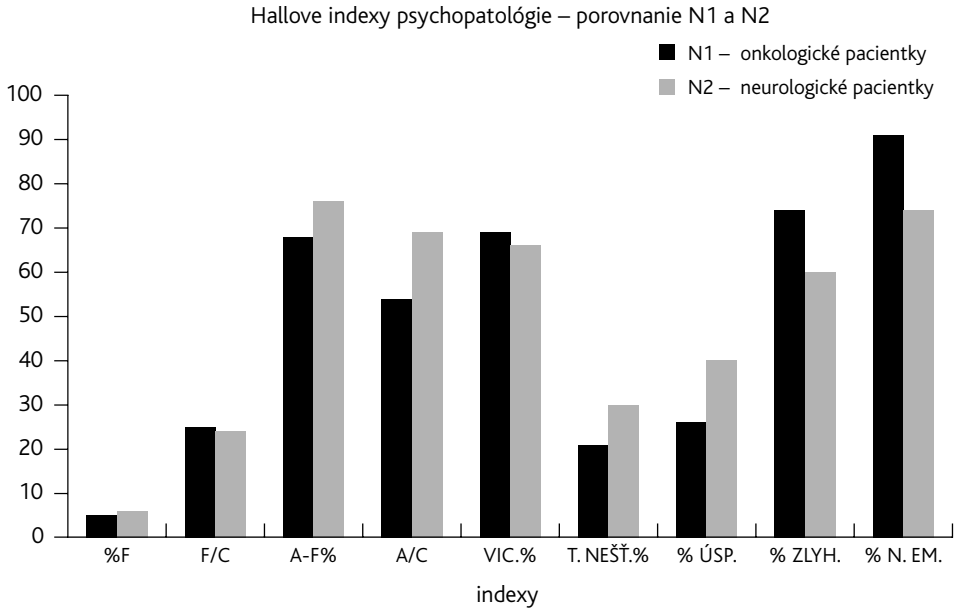
Týmto spôsobom práce so snovými obsahmi sa však viaceré kategórie rozdrobili do množstva klinicky ťažko interpretovateľných podkategórií: napr. kategória negatívna škála sa mohla čo do početnosti v jednom sne vyskytnúť jeden až trikrát, takže vznikli podkategórie NEGATSK1A1, NEGATSK1A2, NEGATSK1A3 a ukázali sa významné rozdiely v týchto jednotlivých podkategóriách výskytu. Z výsledkov tohto typu nie je zrejмый celkový rozdiel vo výskyte negatívnej škály medzi skupinami. Rovnako pri výskyte objektov: bolo päť možných podkategórií objektov, ktoré sa u jedného snívajúceho mohli objaviť v sne jeden až päťkrát. Spôsobom práce N = 60 sme získali síce informáciu, že sa napríklad v skupine neurotických pacientiek ukázal významne vyšší výskyt častí tela (OBJ3) u pacientiek, ktoré ho v sne spomenuli 5-krát (A5) a 2-krát (A2), nie však medzi pacientkami ktoré ho spomenuli raz, trikrát a štyrikrát. Nedostali sme teda informáciu o tom, aký je celkový rozdiel vo výskyte podkategórie „časti tela“ medzi skupinami. Pre naše výskumné potreby sa z tohto dôvodu ako vhodnejší ukázal spôsob N = 180, v ktorom sme pracovali s celkovým počtom snov a nie s tromi snovými výpoveďami jedného probanda. Rovnako Hall a Van de Castle pracovali s celkovým počtom snov a nie s počtom probandov.

V Hallových indexoch psychopatológie sa medzi skupinami onkologických a neurotických pacientiek ukázal významný rozdiel v indexe „% negatívnych emócií“. V ostatných indexoch sa medzi našimi dvoma skupinami neukázali významné rozdiely (tab. č. 4, graf č. 4).

**Tab. č. 4: Hallove indexy psychopatológie porovnanie medzi N1 a N2**

INDEXY	Priemerné hodnoty indexov		t- hodnota	d f	P
	Onkologické pac. N1	Neurotické pac. N2			
% F	5	6	-,282	135	,778
F / C	25	24	,089	135	,929
A – F %	68	76	-1,044	112	,299
A / C	54	69	-1,387	135	,168
VICTIM %	69	66	,30	90	,767
TEL. NEŠŤASTIE %	21	30	-,895	70	,374
% ÚSPECHU	26	40	-,28	135	,778
% ZLYHANIA	74	60	1,17	62	,248
% NEGAT. EMÓCIÍ	91	74	2,01	54,32	,048

Graf č. 4



Hodnoty získané v skupine onkologických pacientiek sme porovnali s Hallovými normatívnymi hodnotami americkej zdravej populácie. Signifikantné rozdiely sa vyskytli vo viacerých kategóriách. V skupine onkologických pacientiek sa ukázalo:

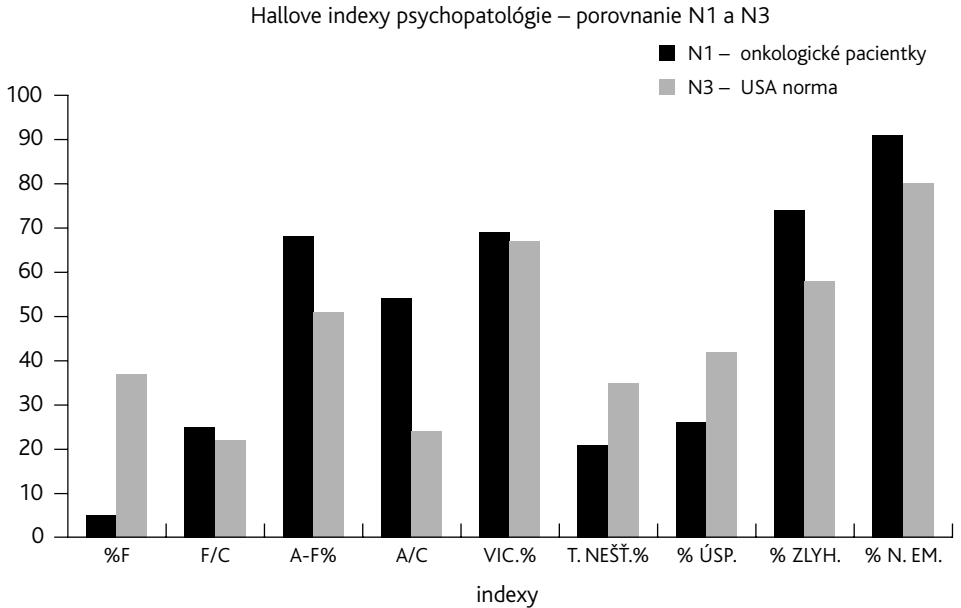
- vyššie percento výskytu najbližších rodinných príslušníkov
- nižšie percento priateľov
- vyššie percento fyzickej agresie a nižšie percento nefyzickej agresie
- nižšie percento priateľských interakcií
- v priateľskej interakcii častejšie poskytovanie než prijímanie
- vyššie percento zlyhaní, pričom signifikantne viac zlyháva snívajúci než iné postavy v sne
- vyšší výskyt negatívnych emócií

- Onkologické pacientky vykazovali oproti zdravej americkej populácii (in Domhoff, 1996):
1. **nižšiu hodnotu %F indexu**, čo znamená málo priateľov a známych medzi postavami, ktoré sa v sne vyskytli.
  2. **Vyššiu hodnotu indexu A – F%**, poukazujúcu na zvýšený podiel agresie oproti priateľskosti.
  3. **Vyššiu hodnotu A / C indexu**, ktorá vypovedá o vysokom podiele agresívnych a nízkom podiele priateľských interakcií s postavami.
  4. **Nižšiu hodnotu indexu telesného nešťastia**, ktorá poukazuje na menej častý výskyt zranení, chorôb, mentálnych a telesných defektov, bolesti a smrti v snoch.
  5. **Nižšiu hodnotu indexu úspešnosti**, čo znamená menej úspechu v činnostiach, do ktorých snívajúci alebo iné postavy v sne vložili energiu na ich úspešné zvládnutie.
  6. **Vyššiu hodnotu indexu zlyhania**, čo znamená, že vo viacerých činnostiach a interakciách snívajúcemu jeho snaha neprinesla očakávaný výsledok. Z analýzy snových obsahov vieme, že sa zlyhanie týkalo najmä postavy snívajúceho.
  7. **Vyššiu hodnotu indexu % negatívnych emócií**, ktorá vypovedá o vyššom výskyte negatívnych emócií v skupine onkologických pacientiek než v kontrolnej skupine (tab. č. 5, graf č. 5).

**Tab. č. 5: Hallove indexy psychopatológie porovnanie medzi N1 a N3**

INDEXY	Priemerné hodnoty indexov		t- hodnota	d f	P
	Onkologické pac. N1	USA norma – N3			
% F	5	37	-17,475	61	0,000
F / C	25	22	0,527	61	0,600
A – F %	68	51	3,063	51	0,003
A / C	54	24	4,476	61	0,000
VICTIM %	69	67	0,300	40	0,766
TEL. NEŠŤASTIE %	21	35	-2,183	40	0,035
% ÚSPECHU	26	42	-2,103	33	0,043
% ZLYHANIA	74	58	2,103	33	0,043
% NEGAT. EMÓCIÍ	91	80	2,549	32	0,016

Graf č. 13



## 5.2. Korelačné vzťahy medzi kvantitatívnymi premennými

Pre hľadanie korelačného vzťahu medzi kvantitatívnymi premennými dvoch rôznych metodík sme použili Pearsonovu koreláciu. Zaujímalo nás, či existuje priama závislosť medzi mierou anxiózy v sebahodnotení STAI, v ROR a v snových obsahoch., pričom ukazovateľom výšky anxiózy bolo v STAI celkové skóre úzkosti, v ROR suma znakov anxiety a v snoch vicitim percento a percento negatívnych emócií.

**V sne z detstva** sa v skupine onkologických pacientiek ukázala korelácia medzi znakmi anxiety v ROR a vicitim% v snoch (tab. č. 6). U neurotických pacientiek sa neukázala žiadna významná korelácia.

**V opakovanom sne** sa v skupine onkologických pacientiek ukázala korelácia medzi skóre anxiózy v STAI a vicitim% v snoch (tabuľka č. 7). U neurotických pacientiek sa neukázala žiadna významná korelácia.

**V sne zo súčasnosti** sa ani v jednej zo skupín neukázala významná korelácia medzi porovnávanými ukazovateľmi anxiózy.

Tab. č. 6: Pearsonova korelácia ukazovateľov anxiózy v detskom sne v N1

DETSKÝ SEN	STAI	ZN_ANX	VICTIM	NEGEMOC
STAI	1,0000 (30) p = ,	-,0181 (30) p = ,925	,4135 (13) p = ,069	,2215 (17) p = ,467
ZN_ANX		1,0000 (30) p = ,	<b>,4947 (17) p = ,044</b>	,2057 (13) p = ,500
VICTIM			1,0000 (17) p = ,	-,1667 (7) p = ,721
NEGEMOC				1,0000 (13) p = ,

Tab. č. 7: Pearsonova korelácia ukazovateľov anxiózy v opakovanom sne v N1

OPAKOVANÝ SEN	STAI	ZN_ANX	VICTIM	NEGEMOC
STAI	1,0000 (30) p = ,	-,0181 (30) p = ,925	<b>,6163 (10) p = ,048</b>	,1270 (9) p = ,745
ZN_ANX		1,0000 (30) p = ,	,5188 (10) p = ,124	-,0287 (9) p = ,942
VICTIM			1,0000 (10) p = ,	, (3) p = ,
NEGEMOC				1,0000 (13) p = ,

Medzi úzkostnosťou ako osobnostnou črtou a pozíciou v sne, kedy sa snívajúci v interakcii s inou postavou cíti v role obete, sa nám potvrdil významný vzťah. Victim % sa ukázalo v signifikantnom korelačnom vzťahu k prejavom anxiózy v ROR aj v STAI. Preto ho považujeme za dôležitý ukazovateľ vo vzťahu k anxióze.

Obe skupiny sa v porovnaní s normatívnymi hodnotami vyznačujú zvýšenou mierou anxiózy v sebahodnotiacom dotazníku STAI, v ROR, aj v snových obsahoch.

Predpokladali sme tiež, že existuje priama závislosť medzi diferencovanosťou obsahov v ROR a diferencovanosťou snových obsahov u oboch sledovaných súborov.

Ukazovateľom asociačnej produkcie v ROR bol

- počet riešení (N), ktorý je ukazovateľom bohatosti asociačného prísunu
- percento dobrej formálnej kvality (F+%)
- množstvo pohybových odpovedí ako ukazovateľ psychickej kontroly a racionálnej kvality v sociálnych vzťahoch (Bm)
- percento zvieracích odpovedí ako ukazovateľ jednoduchosti, stereotypie myslenia (T%).  
Ukazovateľom diferencovanosti snových obsahov je:
- množstvo postáv v sne
- množstvo aktivít v sne
- množstvo sociálnych interakcií v sne

V skupine onkologických pacientiek sa ukázali pozitívne korelácie medzi postavami a aktivitami a postavami a sociálnymi interakciami v sne, čo ukazuje, že čím viac postáv sa v sne objavuje, tým vyšší je aj počet aktivít – teda tieto postavy nie sú pasívne.

Toto sú však korelácie premenných v rámci jednej metodiky. Nás zaujímali predovšetkým korelácie medzi dvoma rôznymi metodikami – diferencovanosťou snových obsahov a asociačnou produkciou v ROR. Pozitívna korelácia sa ukázala v opakovanom sne medzi T% a sociálnymi interakciami a v sne zo súčasnosti medzi T% a aktivitami, tejto korelácií však z hľadiska interpretácie jej významu neprípisujeme veľkú výpovednú hodnotu.

**V skupine neurotických pacientiek** sa korelácia v diferencovanosti obsahov medzi ROR a snami nepotvrdila. Ukázali sa korelácie medzi ukazovateľmi diferencovanosti snových obsahov a to medzi postavami a aktivitami, postavami a sociálnymi interakciami a sociálnymi interakciami a aktivitami, vo všetkých troch typoch snov.

Medzi ukazovateľmi, ktoré sme sledovali, sa v skupine onkologických pacientiek potvrdilo, že existuje vzťah medzi diferencovanosťou snových obsahov a T%. Nepotvrdil sa vzťah medzi počtom riešení, formálnou kvalitou, počtom pohybových odpovedí a snovou diferencovanosťou. V skupine onkologických pacientiek sa neukázala signifikantná korelácia medzi kvantitatívnymi ukazovateľmi asociačnej produkcie v ROR a ukazovateľmi diferencovanosti snových obsahov (tabuľka č. 8,9).

Tab. č. 8 : Pearsonova korelácia medzi vybranými premennými z ROR a snov v N1

Onkologické pacientky N1	Detský sen				Opakovaný sen				Sen zo súčasnosti			
	T	Postavy	Aktivity	Interakcie	T	Postavy	Aktivity	Interakcie	T	Postavy	Aktivity	Interakcie
T	1,0000 ( 30) p= ,	-,1904 ( 30) p=,314	,0133 ( 30) p=,944	-,0677 ( 30) p=,722	1,0000 ( 30) p= ,	-,0280 ( 30) p=,883	,1784 ( 30) p=,346	,4141 ( 30) p=,023	1,0000 ( 30) p= ,	-,0061 ( 30) p=,974	,4130 ( 30) p=,023	,3335 ( 30) p=,072
Postavy		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,4453</b> ( 30) <b>p=,014</b>	<b>,5417</b> ( 30) <b>p=,002</b>		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,4046</b> ( 30) <b>p=,027</b>	<b>,6159</b> ( 30) <b>p=,000</b>		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,4955</b> ( 30) <b>p=,005</b>	<b>,6488</b> ( 30) <b>p=,000</b>
Aktivity			1,0000 ( 30) p= ,	,2031 ( 30) p=,282			1,0000 ( 30) p= ,	,2845 ( 30) p',128			1,0000 ( 30) p= ,	,5089 ( 30) <b>p=,004</b>
Interakcie				1,0000 ( 30) p= ,				1,0000 ( 30) p= ,				1,0000 ( 30) p= ,

Tab. č. 9: Pearsonova korelácia medzi vybranými premennými z ROR a snov v N2

Neurologické pacientky N2	Detský sen				Opakovaný sen				Sen zo súčasnosti			
	T	Postavy	Aktivity	Interakcie	T	Postavy	Aktivity	Interakcie	T	Postavy	Aktivity	Interakcie
T	1,0000 ( 30) p= ,	,2757 ( 30) p=,140	,2552 ( 30) p=,173	,0953 ( 30) p=,616	1,0000 ( 30) p= ,	-,0654 ( 30) p=,731	-,0138 ( 30) p=,942	-,2697 ( 30) p=,149	1,0000 ( 30) p= ,	-,0938 ( 30) p=,622	,0449 ( 30) p=,814	,0121 ( 30) p=,949
Postavy		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,3647</b> ( 30) <b>p=,048</b>	<b>,6089</b> ( 30) <b>p=,000</b>		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,4376</b> ( 30) <b>p=,016</b>	<b>,5404</b> ( 30) <b>p=,002</b>		1,0000 ( 30) p= ,	<b>,6671</b> ( 30) <b>p=,000</b>	<b>,4012</b> ( 30) <b>p=,028</b>
Aktivity			1,0000 ( 30) p= ,	,2013 ( 30) p=,286			1,0000 ( 30) p= ,	,5242 ( 30) <b>p=,003</b>			1,0000 ( 30) p= ,	,4660 ( 30) <b>p=,009</b>
Interakcie				1,0000 ( 30) p= ,				1,0000 ( 30) p= ,				1,0000 ( 30) p= ,



## 6. DISKUSIA

Základným cieľom našej práce bola analýza obsahov snov onkologických a neurotických pacientiek a porovnanie medzi skupinami. Na analýzu a následnú kvantifikáciu obsahov snov sme použili Bossov fenomenologický spôsob práce so snovými obsahmi, ktorý sme modifikovali pre naše výskumné účely a Hall/ Van de Castleho kvantitatívnu analýzu obsahov snov, ktorú sme preložili do slovenčiny, spolu s kódovacou šablónou a manuálom.

Ďalším cieľom bolo sledovanie charakteru a intenzity úzkosti pacientiek v snových obsahoch, ROR a STAI. Zaujímali nás tiež životné udalosti, ktoré sa v živote našich dvoch skupín pacientiek vyskytli, ich intenzita a kvalita.

V diskusii najskôr rozoberieme výsledky, ktoré sme prostredníctvom Bossovej a Hallovej analýzy obsahov snov získali a porovnáme jednotlivé metódy medzi sebou. Budeme ich konfrontovať s našimi očakávaniami a so zisteniami iných autorov. Druhá časť diskusie je venovaná hodnoteniu použitých metód, ich prednostiam a limitom. Následne budeme analyzovať obmedzenia štúdie a v závere zhodnotíme prínos nášho výskumu a možnosti jeho implikácie pre vedu a klinickú prax.

### 6.1. Obsahy snov onkologických a neurotických pacientov

**Bossova fenomenologická metóda** analýzy snov, ktorú sme upravili pre kvantitatívne spracovanie, v kategórii *fenomény, ktoré sa v sne vyskytli* ukázala, že sny onkologických pacientiek sú v porovnaní so snami neurotických pacientiek výrazne menej zaľudnené a je v nich signifikantne nižší počet priateľov a známych. Tento rozdiel poukazuje na tendenciu izolácie onkologických pacientiek zo sociálneho prostredia. Čo do početnosti výskytu postáv sa u tejto skupiny pacientiek najčastejšie (a v rovnakom zastúpení) objavila postava matky, nepriateľov a uniformovaných postáv. Snívajúci sa v snoch objavujú zväčša sami, s minimálnou podporou z okolia, čo poukazuje na neschopnosť rozvinúť v čase choroby a bezprostredne po nej vzťahy mimo najbližšiu rodinu, ale aj na potrebu ochrany, strach z nebezpečenstva (uniformované a neznáme postavy boli v prevažnej väčšine snov spojené s agresívnymi aktivitami a s emóciami strachu a bezmocnosti) a na obavu z neschopnosti ubrániť sa (zlyhanie bolo druhou najčastejšou reakciou snívajúceho). Naopak technické objekty, symbolicky nahrádzajúce živé postavy, sa v skupine onkologických pacientiek vyskytovali významne častejšie ako u neurotických pacientiek. V skupine neurotických pacientiek sa nachádza viac mŕtvych a nadprirodzených postáv, čo svedčí pre menej realistické, religiózne až magické obsahy v ich prežívaní a myslení.

V rozpore s našim očakávaním, že sa téma smrti, ochorenia a telesného poškodenia bude viac objavovať v skupine onkologických pacientiek, sa téma ochorenia a telesného poškodenia vyskytla v oboch skupinách približne rovnako často a udalosť „smrť“ sa signifikantne viac objavila v skupine neurotických pacientiek, hoci tieto nie sú svojím ochorením reálne ohrozené na živote. Smrť sa v ich snoch objavovala v obsahoch ako: „zomieram na malomocenstvo, mení sa mi tvár...“, „šermovala som s nejakým mužom, nekryla som sa a pichol ma do srdca. Cítim ako krváčam a zomieram...“, „zomrela som, ležala v truhle

a pozorovala som ľudí okolo seba...". Toto zistenie môžeme interpretovať z viacerých hľadísk: ak tému smrti, ktorá sa v snoch objavuje, chápeme v symbolickej rovine, môže u neurotických pacientiek predstavovať zomieranie nejakej časti ich osobnosti, alebo ukončenie istej životnej etapy. Ďalej môžeme u neurotických pacientiek uvažovať o tendencii pripisovať aj objektívne malému nebezpečenstvu väčšiu váhu a intenzívnejšie ho prežívať, ale aj o možnom zaoberaní sa témou smrti pre neschopnosť vysporiadať sa s problémami v živote.

U onkologických pacientiek nižší výskyt témy smrti, hoci sú v reálnom ohrození života, pripisujeme skôr práci obranných mechanizmov osobnosti, najmä vytesneniu a popretiu, pri rozpamätávaní sa na sen a pri jeho reprodukcii. Tieto nedovolia, aby obsahy, ktoré nie sú dostatočne spracované a prijaté, ohrozovali integritu osobnosti.

U onkologických pacientiek sa, v protiklade k nízkemu výskytu témy smrti v snoch, nápadne často objavovali témy vojny a katastrof, ako sú záplavy a požiare. „Je vojna, naháňajú nás vojaci...“, „fašisti nás všetkých postavili k stene a začali do nás strieľať...“, „v meste vyvierajú gejzíry vody...“. Sú to udalosti, ktoré prichádzajú zvonku, sú nekontrolovateľné, je takmer nemožné ich ovplyvniť, alebo im zabrániť. Ak preniesieme obsahovú kvalitu tejto témy zo symbolickej roviny do reálnej, takýmto typom udalosti môže byť práve onkologické ochorenie a obava z jeho nekontrolovateľnosti.

V kategórii **emócie** bol u onkologických pacientiek signifikantne vyšší výskyt bezmocnosti a strachu, najmä ako emočného sprievodu pri ohrození a útoku. Aj všetky ostatné negatívne emócie (smútok, zlosť, vina a sklamanie) sa u onkologických pacientiek vyskytovali častejšie. U neurotických pacientiek bol najpočetnejšie zastúpenou negatívnou emočnou kvalitou strach, z pozitívnych emócií sa objavilo viac radosti a slasti ako v skupine onkologických pacientiek.

**Vsprávaní snívajúceho v sne** sa ako najvýznamnejší ukázal signifikantne vyšší výskyt zlyhania v skupine onkologických pacientiek. Tento typ reakcie bol druhým najpočetnejšie zastúpeným spôsobom reagovania snívajúceho: „spadla som do jamy a nevedela som vyjsť...“, „blúdím v lese a neviem nájsť východ...“, „chcem kričať a nemôžem vydať zvuk...“, „chodím po tmavej stavbe a neviem odtiaľ vyjsť...“. Tieto výsledky, v spojitosti s vysokým výskytom negatívnych emócií, najmä strachu, bezmocnosti a bezradnosti, svedčia o obave z neschopnosti bojovať, postaviť sa chorobe, o tendencii opustiť sa.

Hoci sa v snoch onkologických pacientiek priatelia objavujú veľmi zriedka, snívajúci reagujú na iné postavy afiliantným správaním, pomocou a zachraňovaním signifikantne častejšie než neurotické pacientky: „napadli nás fašisti, pomáham pri zachraňovaní...“, „začalo horieť, vynášam ranených...“. V skupine onkologických pacientiek sú snívajúci sami často obeťou útoku („niekto išiel zastreliť mňa aj rodičov...“), konajú pod nátlakom, unikajú, alebo sú strnulí a neschopní pohybu („niekto ma naháňa, chcem ujsť, ale zdreveneli mi nohy...“). Častou reakciou na útok a hroziace nebezpečenstvo je prebudenie zo sna, čo môžeme hodnotiť ako pasívnu formu obrany (únikom) pred hrozbou. U neurotických pacientiek sa v *správani snívajúceho v sne* objavuje viac lietania a sexuálnych aktivít, čo môže poukazovať na nespokojnosť vo vzťahoch, respektíve potrebu uvoľniť sa z nich.

V kategórii *správania iných postáv v sne* nachádzame v snoch onkologických pacientiek najčastejšie útok a prenasledovanie. *Iné postavy v sne* sú teda agresívnejšie. To potvrdzuje aj skutočnosť, že hoci celkový počet aktivít snívajúceho v sne je podstatne vyšší ako počet aktivít „iných postáv v sne“, snívajúci útočil (zväčša v sebaobrane, alebo obrane iných osôb) celkovo 6-krát a prenasledoval len raz, zatiaľ čo „iné postavy v sne“ prenasledovali 44-krát a útočili 27-krát. Zlyhanie „iných postáv v sne“ sa objavilo len raz, zlyhanie snívajúceho až 32-krát.

V správaní *iných postáv v sne* v skupine neurotických pacientiek sa najviac objavoval útok a prenasledovanie, tieto postavy viac lietali, padali a boli dezorientované.

Výsledky, ktoré sme získali **Hall / Van de Castleho kvantitatívnou analýzou** obsahov snov priniesli niekoľko významných rozdielov jednak medzi skupinou onkologických a neurotických pacientiek, jednak medzi onkologickými pacientkami a americkými normatívnymi hodnotami.

V kategórii priateľstvo, napriek takmer zhodnému výskytu množstva priateľských interakcií v sne, sa v skupine onkologických pacientiek postavy vyskytovali významne častejšie v pozícii dávania než v pozícii prijímania, brania. Dávanie malo často charakter pomoci v situácii, kedy bola iná osoba, alebo skupina ľudí, v ohrození (napr. „utekali sme pred vojakmi, niekoho postrelili, pomáhala som mu...“, alebo „v divadle začalo horieť, pomáhala som pri zachraňovaní...“). Signifikantný rozdiel v tejto podkategórii sa ukázal aj v porovnaní onkologických pacientiek s americkou populáciou, čo potvrdzuje významnosť získaného výsledku.

Ďalší významný rozdiel sa ukázal vo vyššom výskyte negatívnych emócií (so významne vyšším výskytom anxiózných emócií) v skupine onkologických pacientiek. Tento rozdiel sa potvrdil aj v porovnaní onkologických pacientiek s americkou normou, čo výpovednú hodnotu výsledku potvrdzuje. Zvýšený výskyt negatívnych emócií v sne možno chápať ako odraz aktuálneho psychického nastavenia pacientiek, ktoré v sne dostalo väčšiu možnosť prejaviť sa. Vďaka ďalším výsledkom, ktoré síce neukazujú významné rozdiely medzi skupinami, ale majú pre náš výskum výpovednú hodnotu v zmysle sledovania tendencií prežívania našich dvoch skupín pacientov, môžeme súhrnne konštatovať, že v skupine onkologických pacientiek sa v porovnaní s neurotickými pacientkami postavy objavovali častejšie v skupinách, pričom to boli najmä postavy patriace do jadrovej rodiny snívajúceho a zvieratá. V ich snoch bolo menej smrti následkom agresie, ale častejšie sa vyskytovalo ohrozenie z okolia, pričom viac ako iné postavy bol ohrozovaný snívajúci. Vyšší bol výskyt zlyhania, pričom opäť viac zlyhával snívajúci než iné postavy. Nižší bol výskyt zážitku šťastia.

Pri porovnaní onkologických pacientiek s americkou normou sa ukázali významné rozdiely vo vyššom výskyte najbližších rodinných príslušníkov a zároveň nižšom výskyte priateľov a priateľských interakcií v snoch onkologických pacientiek, čo svedčí o ich tendencii vyhýbať sa širším sociálnym kontaktom a súčasne o potrebe kontaktu s najbližšou rodinou. Za takýmto správaním sa môžu ukrývať pocity strachu a neistoty, že ich okolie nepo-

chopí, neprijme s telesným defektom a naopak nádej v bezvýhradné prijatie rodinou. Napriek nízkemu výskytu priateľských interakcií onkologické pacientky v nich viac poskytovali ako prijímali. Ako signifikantné sa ďalej ukázalo vyššie percento fyzickej agresie v skupine onkologických pacientiek. Toto zistenie osvetľuje tému potlačenej, nežitej hostility a agresie, ktorá je pre onkologických pacientov podľa viacerých autorov (Dostálová, 1986, 1996, Siegel, 1994a, Simonton, 1996 a iní) typická, pričom jej forma môže odrážať intenzitu, s akou sa takéto pocity v prežívaní pacientov objavujú. Hoci je fyzická agresia v skupine onkologických pacientiek zvýšená, v kontexte ostatných charakteristík týkajúcich sa tejto kategórie sme zistili, že je snívajúci v takejto interakcii menej často v pozícii agresora než je tomu v americkej norme, v pozícii obeť je približne rovnako často a typická je preňho pozícia, kedy sa na celý akt agresie pasívne prizerá, je akoby paralyzovaný a sám nie je schopný na útoky reagovať. Potvrzuje to tendenciu onkologických pacientiek nebrániť sa tlakom a útokom zvonka, pričom za takéto útoky možno považovať aj onkologické ochorenie. Spolu s výskytom významne vyššieho percenta zlyhania (pričom viac zlyhávali snívajúci ako iné postavy v sne) môžeme konštatovať, že tieto výsledky sú opäť v súlade so zisteniami z výskumov osobnosti onkologických pacientov (Boleloucký, 1984a,b, Dostálová, 1993, Siegel, 1994b, Simmanton, 1994 a ďalší), ktoré pripisujú týmto pacientom tendenciu vzdať sa, opustiť sa, podľahnúť pocitu bezmocnosti a beznádeje. Viac šťastia u snívajúceho v skupine onkologických pacientiek chápeme v kontexte častej bezvýchodiskovosti v snových obsahoch ako projekciu nenaplnenej túžby v reálnom živote.

Pri porovnaní onkologických pacientiek s americkou normou sme ďalej zistili, že v snových obsahoch onkologických pacientiek bola opäť častejšie zastúpená jadrová rodina, častejšie sa objavovali neznáme postavy a zvieratá (zväčša dravé), pričom kvalitatívna analýza snového materiálu ukázala, že boli zväčša v pozícii, ktorá snívajúceho ohrozovala. Vyšší bol aj výskyt smrti následkom fyzickej agresie. Onkologické pacientky v snoch zažívali viac ohrozenia z okolia, pričom najviac boli ohrozovaní snívajúci. Prejavovali sa menej verbálne, viac expresívne.

V Hallových indexoch psychopatológie sa ukázal medzi skupinami onkologických a neurotických pacientiek signifikantne vyšší výskyt v indexe % negatívnych emócií v skupine onkologických pacientiek.

Pri porovnaní onkologických pacientiek oproti americkej norme sa ukázal signifikantný rozdiel v siedmych indexoch (z celkového počtu deväť). Nízke percento v indexe priateľov v skupine onkologických pacientiek poukazuje na málo priateľov a známych medzi postavami (so súčasne zvýšeným výskytom členov najbližšej rodiny), čo opätovne potvrdzuje potrebu blízkosti, ochrany a zároveň neschopnosť rozvinúť vzťahy mimo rodinu. Vyšší podiel výskytu agresie oproti priateľskosti, ako aj vyššia hodnota A / C indexu, poukazujúca na zvýšený podiel agresívnych a znížený podiel priateľských interakcií s postavami, potvrdzuje agresívne a hostilné impulzy v osobnosti pacientiek, hoci snívajúci sám je aktérom útoku len veľmi zriedka. Nižšia hodnota indexu telesného nešťastia v skupine onkologických pacientiek nás vedie k úvahe o zasahovaní obranných mechanizmov osobnosti do

výbavnosti a reprodukcie sna. Signifikantne vyššia hodnota indexu zlyhania a nižšia hodnota indexu úspešnosti znamená neúspech v takých činnostiach, do ktorých snívajúci alebo iné postavy v sne vložili energiu a nedosiahli očakávaný výsledok. Vyššia hodnota v indexe negatívnych emócií u onkologických pacientiek svedčí o väčšom množstve tejto emočnej kvality v ich psychickom nastavení.

Ak porovnáme a zhrnieme výsledky Hall / Van de Castleho a Bossovej analýzy snových obsahov, môžeme konštatovať, že v oboch metódach sme zhodne zistili, že: v snoch onkologických pacientiek sa objavuje viac členov najbližšej rodiny a málo priateľských a známych postáv. Často sa objavujú agresívne interakcie, snívajúci sú ohrozovaní okolím, sami reagujú v takýchto situáciách agresiou zriedka, sú skôr jej obeťou, alebo sú v roli pasívneho pozorovateľa. Veľmi často reagujú na ohrozenie zlyhaním. V oboch metódach sa potvrdila aj tendencia onkologických pacientiek skôr poskytovať ako prijímať. Vo výskyte emócií obe metódy zhodne ukázali vyšší výskyt negatívnych emócií (najmä úzkosti, strachu a bezmocnosti) v skupine onkologických pacientiek.

Výsledky, ktoré sme analýzou obsahov snov onkologických pacientiek získali, sú v súlade s tvrdeniami autorov, ktorí sa zaoberajú ich osobnostnými charakteristikami (Baštecký, 1993, Dostálová, 1986, Kübler-Ross, 1992, Simonton, 1994, Siegel, 1994, Holland, 1998 a ďalší). Popisujú u nich tendenciu držať emócie vo vnútri, pričom potláčajú najmä agresívne a hostilné prejavy, sklon k sebaobetovaniu a k uprednostňovaniu potrieb iných ľudí pred vlastnými, pocity úzkosti, bezmocnosti a strach z neschopnosti zvládať záťažové situácie. Tendencie k sociálnej izolácii a silné väzby na najbližšiu rodinu sú v kontexte prežívania život ohrozujúceho ochorenia zrozumiteľným prejavom obáv z neprijatia okolím, hanby za telesné následky ochorenia, strachu z neschopnosti opäť sa zaradiť do spoločnosti, z odkázania na druhých a potreby ochrany zo strany rodiny.

Niektoré výsledky, ktoré sa ukázali ako významne rozdielne v porovnaní onkologických pacientiek s americkou normou, by s veľkou pravdepodobnosťou platili aj pre porovnanie neurotických pacientiek. Pri interpretácii takýchto zistení musíme brať do úvahy jednak vplyv transkultúrnych rozdielov (napríklad citové väzby k jadrovej rodine sú v našej populácii intenzívnejšie a trvajú dlhšie ako v americkej populácii). Ďalej treba pripomenúť, že použitými psychodiagnostickými metodikami sme zistili, že osobnosť onkologického pacienta je prežívaným ochorením a liečbou reaktívne neuroticky dekompenzovaná. Je tiež dôležité, aby boli všetky získané výsledky interpretované v celkovom kontexte, kedy aj štatisticky nesignifikantné, ale v rozdielnych súvislostiach sa objavujúce rozdiely medzi skupinami, môžu priniesť dôležité zistenia. Napríklad agresia zo strany iných osôb v sne sa vyskytla takmer v rovnakom množstve u onkologických aj neurotických pacientiek. Keď sa však pozrieme na tento výsledok prostredníctvom kvalitatívnej analýzy, zistíme, že onkologické pacientky sú prenasledované zväčša skupinou, často fašistami a vojakmi, zatiaľ čo neurotické pacientky unikajú pred neznámou osobou, ktorá ich chce zaškrtiť, prebodnúť nožom a podobne. Hoci teda sen „naháňajú nás vojaci...“ je agresívnym aktom zo strany iných postáv v sne rovnako ako „niekto ma ide zaškrtiť hadicou...“, má táto agresia iný cha-

rakter. Kvantitatívnu analýzu snových obsahov sme získali informácie o množstve výskytu jednotlivých kategórií v našich porovnávaných skupinách. Pretože snové významy sú podľa nášho chápania snov viacúrovňové, získané výsledky interpretujeme vo viacerých rovinách. Prvá rovina je naplnenie nesplnených túžob a prianí. Ako kompenzáciu potlačných hnutí v bdelom stave sme interpretovali napríklad zvýšený index výskytu šťastia u onkologických pacientiek, alebo viac agresie v ich snoch. Ďalšia rovina v snoch odráža aktuálne psychické nastavenia snívajúceho v bdelom živote. Táto sa prejavila napríklad vysokým percentom výskytu negatívnych emócií v skupine onkologických pacientiek. Domnievame sa, že jednotlivé roviny snových významov sa dajú jasne ohraničiť. V jednom sne sa môže prelínať viacero rovín. Ako sme už uviedli, do výbavnosti sna vstupuje činnosť obranných mechanizmov osobnosti (potlačenie, vytesnenie a iné), ktoré dovoľujú snívajúcemu spomenúť si len na také sny, ktoré príliš neohrozujú integritu osobnosti a naopak, nedovoľujú pripustiť do vedomia také témy, ktoré sú síce pre snívajúceho existenciálne dôležité (téma smrti, telesného poškodenia), ale nie je s nimi vysporiadaný. Prístup k takýmto významným a často bolestným snom by si vyžadoval systematickejšiu dynamickú psychoterapiu.

K „typickým“ témam v snoch onkologických pacientiek patrili: téma zlyhania a bezmocnosti: *„chcem rozprávať a nemôžem... chcem sa zahaliť a neviem nič nájsť... chcem kričať a nemôžem vydať zvuk... spadla som do jamy a neviem vyjsť... blúdím v lese a neviem nájsť východ...“*. Druhou najčastejšou témou bola vojna: *„je vojna... vtrhli k nám fašisti... strieľajú po nás... utekáme...“*. V popredí je teda agresia, ohrozenie väčšou anonymnou skupinou ozbrojených ľudí a preto je len malá šanca ubrániť sa. V skupine neurotických pacientov bola najčastejšia téma v snoch agresia zo strany neznámeho, ale konkrétneho jedinca: *„niekto ma naháňa s nožom... so sekerou... niekto ma škrtí hadicou... ručníkom...“*. Druhou častou témou bola smrť, zomieranie: *„zomrela som... ležala som v truhle... zomieram na malomocenstvo...“*. Viackrát sa objavili aj sny s religióznou tematikou *„zjavil sa mi Ježiš, bojím sa ho... kráča ku mne Ježiš, je krásny...“*. Tiež sa opakovane objavili sny s nekonkrétnymi, nejasne definovanými obsahmi: *„niečo veľké, čierne sa na mňa valí... nejaká sila ma tlačí dole... nemôžem dýchať, pohlcuje ma to ... volá...“*. Takýto typ snov odráža tému tlaku a obavy z pohltienia niečím v psychickom nastavení pacientiek.

Od každej pacientky sme zozbierali 3 typy snov: sen z detstva, pretože jeho zapamätanie považujeme za rovnako významné ako napríklad vybavenie si prvej spomienky, opakujúci sa sen, pretože udalosti a zážitky, ktoré sú významné alebo spojené s chronickými konfliktmi, majú tendenciu sa vracaf a sen zo súčasnosti, ktorý vypovedá o aktuálnom psychickom rozpoložení snívajúceho. Pôvodný predpoklad, že sa tieto tri typy snov budú významne líšiť jednak medzi sebou, vo vnútri jednej skupiny pacientiek, a jednak medzi skupinami navzájom, sa nepotvrdil. Zistili sme, že sny z detstva boli obsahovo fragmentárnejšie, mali však veľmi silný emočný náboj. Opakujúce sa sny boli výpovednejšie čo do obsahu, zväčša mali negatívny charakter a emočný náboj (prenasledovanie, zabíjanie, bezmocnosť). Najbanálnejšie, s najmenšou symbolikou vo svojom obsahu, boli sny zo súčasnosti. Zároveň boli najbohatšie čo do počtu slov, vyskytovalo sa v nich najviac aktivít, inte-

rakcií, postáv. Zdá sa, že takýto typ snov je pre kvantitatívnu analýzu snov a porovnanie medzi skupinami najvhodnejší. Sny z detstva a opakujúce sa sny by pravdepodobne priniesli významnejšie zistenia v individuálnej analýze snov. Pre naše výskumné účely by bolo vhodnejšie použiť skôr sériu za sebou nasledujúcich snov z určitého časového obdobia.

## 6.2. Ostatné metodiky použité vo výskume

Vzhľadom na to, že charakter snov a snovej práce je podľa nás závislý – okrem iných činiteľov – aj od osobnosti snívajúceho, náš záujem sa sústredil aj na skúmanie niektorých osobnostných charakteristík. Na tento účel sme použili Rorschachovu projektívnu techniku. Ukázalo sa, že obe skupiny pacientiek vykazujú zvýšenú mieru psychoreaktívnej symptomatológie; najmä anxiety, astenizácie emočného prežívania a pohotovosti k dysforickému ladeniu. Tieto zistenia naznačujú neurotickú dekompenzáciu osobnosti onkologických pacientiek. Signifikantne nižšia formová kvalita riešení a zmoženie farebných riešení v protokole neurotických pacientiek poukazuje na výrazný vplyv afektívnej lability a ambivalencie pri kognitívne-percepčnom spracovaní podnetov. V protokole ROR sa v prevažnej väčšine ukazovateľov nevyskytli významné rozdiely medzi skupinami.

Spomedzi meraných ukazovateľov sme sa zamerali najmä na výskyt a charakter úzkosti v osobnosti pacientiek. Na tento účel sme použili Zulligerove modifikované znaky anxiety. Pacientkám sme tiež predložili dotazník STAI – II, zameraný na úzkostlivosť ako osobnostnú črtu. V oboch skupinách pacientiek sme získali skóre, ktoré podľa stenových noriem patrí do siedmeho stenu a svedčí pre zvýšenú hladinu úzkostlivosti v štruktúre osobnosti. V oboch skupinách pacientky vo zvýšenej miere uvádzali naviteľnosť, pocit, že sa im ťažkosti hromadia tak, že ich nedokážu prekonať, veľmi silný sklon posudzovať veci príliš vážne a trápenie sa pre nepodstatné maličkosti. Pacientky tiež uviedli, že majú často pocit, že sú prenasledované krízovými situáciami a myšlienkami, ktorých sa nedokážu zbaviť. Sú často smutné, sklamanie prežívajú tak hlboko, že naňho nedokážu zabudnúť, pričom u neurotických pacientiek je táto tendencia výraznejšia. Neurotické pacientky uvádzali vo vyššej miere intenzívne pocity napätia a nepokoja pri premýšľaní o svojich problémoch. Cítia sa neisto, majú nízku sebadôveru.

Na základe získaných výsledkov konštatujeme, že sa obe skupiny pacientiek vyznačujú zvýšenou mierou anxiety v snových obsahoch, znakoch anxiety podľa Zulligera a v skóre sebahodnotiaceho dotazníka STAI. Skutočnosť, že korelačná analýza neukázala medzi jednotlivými metodikami významné súvislosti podľa nás ukazuje, že sebahodnotenie, projekcia a snová práca pravdepodobne predstavujú rôzne úrovne prežívania anxiety. Tento výsledok je v súlade so zisteniami Halla, Bolgara, Eagla, Kramera a ďalších výskumníkov (in Domhoff, 1996), ktorí sledovali vzťahy medzi osobnostnými testmi (projektívnymi technikami TAT, ROR, ale aj dotazníkmi typu MMPI) a snovými obsahmi a nepotvrdili medzi nimi žiadne významné vzťahy. Podľa Halla toto zistenie ukazuje, že snové obsahy poskytujú iný druh informácií o snívajúcom než osobnostné techniky.

Pacientkám sme tiež predložili dotazník životných udalostí. Zaujímalo nás, aké životné udalosti sa v živote onkologických pacientiek vyskytli do dvoch rokov pred prepuknutím

ochorenia. Sledovali sme najmä, či sa čo do množstva výskytu a intenzity zážitku budú líšiť od prežitých udalostí neurotických pacientiek. V priemernom výskyte radostných, indierentných a neradostných udalostí sa medzi skupinami neukázali významné rozdiely, pričom priemerný výskyt neradostných udalostí bol v oboch skupinách vyšší ako výskyt radostných udalostí. Neradostné životné udalosti sa nielen častejšie vyskytli, ale boli zároveň hodnotené vyššími bodovými hodnotami (na škále 1 – 5) ako radostné či indierentné. Vo výskyte prežitých udalostí sa rozdiely medzi skupinami zobrazili signifikantne vyšším percentuálnym výskytom v započatí pozitívneho návyku, pri strate či zmene zamestnania a pri získaní domáceho zvieratka u neurotických pacientiek. Významne vyššie percento sa objavilo v skupine onkologických pacientiek pri vyliečení z vážnej choroby rodinného príslušníka.

Náš výskum nepotvrdil zistenia autorov (Simonton a kol., 1994, Siegel, 1994, Menkyna 1997), že onkologickí pacienti dva roky pred prepuknutím ochorenia prežívajú celkovo viac životných udalostí, s vyšším výskytom negatívnych životných udalostí (títo autori však porovnávali prežité udalosti s normálnou populáciou).

### 6.3. Metodologické problémy a limity použitých metód

Analýzu a porovnanie snových obsahov medzi skupinami sme postavili na skúmaní počtu snov (N=180) a nie počtu probandov (N=60). Z hľadiska objektivity výpovede tento postup nie je celkom korektný, pretože keď vezmeme od jedného probanda tri sny a zrovnáme ich ako tri samostatné výpovede, vzniká závislosť vo vnútri súboru a výsledky môžu priniesť signifikantnejšie hodnoty. Pri práci s Hallovou metódou kvantitatívnej obsahovej analýzy snov sa však spôsobom práce s N=60 mnohé kategórie rozdrobili do množstva klinicky ťažko interpretovateľných podkategórií. Hall a Van de Castle taktiež pracovali s počtom snov a nakoľko sme robili porovnanie s normatívnymi hodnotami americkej populácie, pre naše výskumné potreby bol vhodnejší spôsob N=180.

Hall/Van de Castleho systém kvantitatívnej analýzy je detailne prepracovaný, používa špeciálny kódovací systém pre každý snový element, čo na druhej strane prinieslo veľkú náročnosť v administrácii snových obsahov. Napriek tomu zaradovanie viacerých elementov do presne zadefinovaných kategórií bolo niekedy sporné. Pre niektoré obsahy v kontexte, v akom sa objavili v sne, sme nenašli im zodpovedajúcu kategóriu (nahota, prebudenie zo sna, abstraktné alebo neurčité obsahy...), nedokázali sme ich zaradiť do žiadnej z kategórií a ich výpovedná hodnota sa stratila. V tomto zmysle je metóda redukcionistická, veľké množstvo materiálu je stlačené do relatívne malého počtu kategórií, preto pri samotnej klasifikácii môže dôjsť k strate informácií.

Za ďalšie obmedzenie metódy považujeme limitovanie rozsahu snovej výpovede na minimálny počet slov 50 a maximálny počet 300 slov v jednom sne. Toto kritérium sa nám vzhľadom na obmedzené podmienky výberu probandov nepodarilo splniť (priemerný počet slov v sne bol v skupine onkologických pacientiek 32 a v skupine neurotických pacientiek 36 slov), čo môže mať vplyv na porovnanie percentuálneho výskytu jednotlivých kategórií medzi našimi pacientami a americkou populáciou. Neskresľuje to však



porovnanie skupiny onkologických a neurotických pacientiek, pretože v oboch skupinách bol priemerný počet slov v snoch približne rovnaký. Pri indexoch psychopatológie je rozdielnosť dĺžky sna ošetroená, lebo hodnoty indexov sa rátajú z pomeru výskytu (napr. ak má sen 10 interakcií a z toho je 5 agresívnych, je to ten istý pomer ako keď má 50 interakcií a z toho je 25 agresívnych).

Pre objektivnosť porovnania je podľa nás dôležitý fakt, že sme sa vyhli selektovaniu „vhodných“ snov a do výskumu sme zaradili všetky sny, ktoré naši pacienti referovali. S kritériom minimálneho a maximálneho počtu slov v sne s Hallom nesúhlasíme, sme presvedčení, že výpovednosť a hodnota sna nie je podmienená jeho dĺžkou a dostatočným počtom slov. Z tohto pohľadu metóda ignoruje kontext a celok. Udalosť, ktorá sa vyskytne len raz, môže mať čo do významovosti podstatne väčšiu dôležitosť ako častejšie sa objavujúce udalosti. Tiež neprítomnosť nejakej položky v kategórii môže byť významnejšia ako jej prítomnosť (napríklad ak sa snívajúci v dlhej sérii snov ani raz nezmiene o svojej matke a pod.).

Podľa našich výskumných skúseností Hall / Van de Castleho systém nezachytáva v dostatočnom rozsahu atmosféru sna a prežívané emócie. Je to z časti spôsobené tým, že výskumníci berú do úvahy len emócie, ktoré snívajúci vyjadri pri reprodukcii sna *expresis verbis*. Autori zdôvodňujú svoj postoj snahou o maximálnu objektivitu, my si dovoľujeme poznamenať, že môže ísť o jeden z nedostatkov kolektívneho a anonymného zberu snov, kedy výskumník nemá inú možnosť ako akceptovať čo to, čo proband napíše. Sme presvedčení, že ak snívajúci spontánne nevyjadri emócie, ktoré vo sne prežíval, je vhodné sa na ne dodatočne spýtať. Osobný prístup pri reprodukcii sna, na rozdiel od hromadného zberu alebo anonymného zápisu, umožňuje získať doplňujúce informácie o sne. Dôležité sú aj neverbálne atribúty reprodukcie sna: spôsob, akým snívajúci sen hovorí, tón hlasu, atmosféra, ktorá výpoveď sprevádza, výraz tváre, gestikulácia a iné (in Andrášiová, 1994). Podľa Perlsa (1996), Mindella (1989, 1992) a ďalších psychoterapeutov, ktorí pracujú so snami zážitkovo, sú to všetko momenty, ktoré vypovedajú o prežívaní a emóciách v sne. Proti objektivite a snahe neskresliť obsah, na ktorých Hall stavia svoju metódu, stojí povrchnosť a strata dôležitých informácií. Rigídne dodržiavanie pravidiel kódovania a vyhodnocovania sa zdá byť na úkor zachytenia snovej výpovede a emočnej kvality sna v celej jej šírke.

Hall tiež zdôrazňuje zber snov „na slepo“ a vyhodnocovanie bez akýchkoľvek ďalších informácií o snívajúcom. My sa naopak domnievame, že treba pracovať so snami v kontexte s ostatnými psychodiagnostickými metódami.

Pri porovnaní obsahov snov onkologických pacientiek s normatívnymi hodnotami treba brať do úvahy možné transkulturné a etnické rozdiely, nakoľko ide o americké normy. Hall/Van de Castleho systém kvantitatívnej analýzy snových obsahov použili výskumníci v Európe, Indii, Japonsku a v mnohých iných krajinách. V prevažnej väčšine kategórií a indexov sa neukázali významné rozdiely, niektoré výsledky boli dokonca vo všetkých výskumoch identické: napríklad sa vždy vyskytovalo viac agresie ako priateľstva, viac nešťastia ako šťastia, snívajúci boli častejšie obeťami než agresormi. Ukázali sa aj rozdiely, ktoré sa v súlade so zisteniami, ktoré o krajinách, kde sa výskumy robili vieme, javia ako

zmysluplné. V Holandsku Waterman, de Jong a Magdelijns (in Domhof, 1996) sledovali agresiu a priateľskosť v snoch mužov a žien. V súlade s Hallovými normami sa ukázalo v oboch skupinách viac agresie ako priateľskosti, pričom vyšší výskyt bol u mužov. Rozdiel sa však ukázal v celkovo nižšom percente agresie holandskej vzorky v porovnaní s americkou normatívnou populáciou. Vo Švajčiarsku použili metódu na vzorke 500 snov 44 subjektov. Opäť bol nižší výskyt agresívnych obsahov než v americkej populácii. Najmenej jednu agresívnu interakciu v sne malo v švajčiarskej vzorke 23% probandov, zatiaľ čo v americkej populácii až 41% probandov. Takéto zistenia ponúkajú myšlienku, že americká populácia má tendenciu k väčšej pribojnosti a sledovaniu vlastných cieľov. Sny v japonskej populácii vykazovali v porovnaní s americkými normami rozdiely vo vyššom počte postáv a nižšom výskyte cudzincov a zvierat v skupine japonských probandov. Veľmi nízke bolo percento agresie a sexu.

Viacerí výskumníci robili výskum obsahov snov pacientov rôznych psychiatrických diagnóz. Ich nedostatkom však podľa Domhoffa (1996) je, že sa pri výskumoch tohto typu často používajú netestované kódovacie systémy a malý počet subjektov, takže nemožno vylúčiť rozdiely v diagnostikovaní jednotlivých typov ochorenia či vplyv medikácie a hospitalizácie na snové obsahy. Výskumy, v ktorých bol na analýzu snových obsahov psychiatrických pacientov (bez ohľadu na typ psychiatrickej diagnózy) použitý Hall/Van de Castleho systém zistili, že sa v nich objavuje nedostatok priateľov a priateľských interakcií, viac agresie a viac negatívnych emócií. Niektorí autori udávajú aj vyššie percento viktimizácie, toto však nebolo potvrdené všetkými výskumami. Žiadne z týchto zistení nie sú typické pre niektorú špecifickú diagnózu.

Ak sa pokúsime zovšeobecniť zistenia a popísať rozdiely, ktoré sme medzi Hall/Van de Castleho a Bossovým systémom analýzy snových obsahov zistili, konštatujeme, že Hall/Van de Castleho systém je „anatomický“, deskriptívny a reduktívny. Nezaújima sa o finálny význam sna. Bossov prístup je fenomenologický, „fyziologický“, viac sa zaujíma o dynamiku aktuálnej existenciálnej situácie snívajúceho, kladie dôraz aj na emočné ladenie sna. Obom systémom však chýba vnímanie zložitej podmienenosti snov, chápanie ich kompenzačnej a finálnej funkcie, ktoré je typické pre Jungovo ponímanie snov. Tieto spôsoby práce so snami nepodnecujú ani experienciálne spracovanie snov, typické napríklad pre Perlsa a Mindella.

V našom výskume sme si vedomí niekoľkých obmedzení:

- výber nie je reprezentatívny. Pracovali sme so ženami s tromi druhmi onkologických diagnóz, preto pri interpretácii výsledkov treba rátať s interpopulárnymi rozdielmi (sny žien napríklad obsahujú viac emócií ako sny mužov). Výskumná vzorka nie je dostatočne veľká, jednak ako dôsledok náročnosti získavania výskumného materiálu od onkologických pacientov, jednak z dôvodu použitia viacerých psychodiagnostických metodík. Tieto umožnili skúmať osobnosť pacientiek podrobnejšie, boli však časovo náročné na zber materiálu i na jeho spracovanie. Nevyhli sme sa rozptylu typov a štádií ochorenia, ani veľkému vekovému rozptylu (od 19 do 60 rokov). Problém bol najmä v ochote a v dostupnosti onkologických pacientiek, ktoré počas procesu liečby čelia mnohým

komplikáciám, sú fyzicky a psychicky vyčerpané, a preto nie vždy schopné spolupracovať. Pacientiek, ktoré absolvovali kompletnú liečbu, sú v remisii a ochotné vracať sa k téme choroby a toho čo počas nej prežili, takisto nie je veľa.

- spornosť kvality získaných dát. Nie všetky pacientky boli ochotné reprodukovať sny, čo evokuje otázku reprezentatívnosti výpovedí tých pacientiek, ktoré ochotné sú. Taktiež si snívajúci nespomenú na každý sen, ktorý sa im prisnije, čo nastoľuje otázku reprezentatívnosti reprodukovaných snov vôbec. Keďže do výbavnosti a reprodukcie sna vstupujú obranné mechanizmy osobnosti, nemožno ani overiť „správnosť“ snovej výpovede a vylúčiť selektívny faktor snívajúceho – podvedomý či vedomý výber toho, aké sny reprodukuje. Hoci sme naše pacientky uistili, že každý sen je akceptovateľný a informácia o tom, kto sen sníval, zostane utajená, neobjavili sa napríklad takmer žiadne sexuálne sny (tieto faktory sa však týkajú výbavnosti snov ako takých. Nepredpokladáme, že by sa v našej výskumnej vzorke prejavili vo vyššej miere, ako je tomu v normálnej populácii).
- sny našich probandov sme kódovali a výsledky interpretovali bez nezávislých posudzovateľov. Nemôžeme preto vylúčiť nebezpečenstvo prekoncepce, ovplyvňujúce analýzu a interpretáciu.

## 6.4. Implikácie výskumu pre vedu a klinickú prax

### 6.4.1. Implikácie pre vedu a výskum

Za prínos našej výskumnej práce pokladáme v prvom rade preklad Hall/Van de Castleho metódy kvantitatívnej analýzy snových obsahov do slovenčiny a jeho prvé použitie na vzorke našich pacientov. Týmto sme otvorili možnosti výskumu snov ďalším záujemcom o túto problematiku u nás: Hajová (2001) sa vo svojej diplomovej práci pokúsila o reštandardizáciu US noriem na našu populáciu, ďalšia diplomantka (Kadlecová, 2002) použila túto metódu na kvantitatívnu analýzu obsahov snov u schizofrenických pacientov. Zároveň sme upravili Bossov fenomenologický prístup pre kvantitatívnu analýzu. Hodnotu a prínos oboch metód, ktoré doposiaľ neboli u nás použité, sme overovali na klinickej populácii.

Metódy sme skúmali na vzorke onkologických pacientiek. Výskum, ale i psychoterapia tejto špecifickej skupiny je u nás zatiaľ minimálne študovanou oblasťou klinickej psychológie. Pokúsili sme sa aj o hľadanie súvislostí medzi výskytom psychopatologických fenoménov (najmä anxiety) v snových obsahoch, projektívnej metóde a posudzovacej škole.

Pre ďalší výskum s Hall/Van de Castleho systémom doporučujeme pracovať s väčšími a homogénnejšími skupinami, sledovať sny nasledujúce za sebou v určitom časovom období, použiť menej „vedľajších“ metódik a výsledky interpretovať v kontexte celkovej výpovede o snívajúcom. Pre zlepšenie validity výskumu by bolo vhodné doplniť posudzovanie a administráciu snových obsahov dvoma nezávislými posudzovateľmi.

#### 6.4.2. Implikácie pre klinickú prax

Čo sa týka možností využitia metódy kvantitatívnej analýzy snových obsahov konštatujeme, že to nie je metóda, na ktorej možno stavať diagnostiku alebo samotnú psychotherapiu. Je podľa nás neprípustné pripisovať snom samostatnú výpovednú diagnostickú hodnotu. Je nevyhnutné mať doplňujúce údaje o pacientovi a použiť všetky potrebné diagnostické metódy pre stanovenie diagnózy.

Metóda je vhodná pre výskumy typu „čo je sen a aký má zmysel“. Tiež je vhodná na rekonštrukciu dlhých snových sérií, alebo aj ako výskumná metóda na porovnanie snov dvoch skupín. Kvantitatívny prístup však nemôže nahradiť zvyčajný klinický prístup, v prípade potreby môže byť použitý spolu s ním. Štatistika odhaľuje korelácie, ale nie kauzalitu. Preto kvantitatívne údaje získané touto metódou môžu byť interpretované len v kontexte ostatných klinických vyšetrení. Pre klinickú prácu je tento spôsob extrémne náročný čo do administrácie i vyhodnocovania a neprináša adekvátne významné zistenia. Do klinickej práce je podľa nášho názoru potrebné vrátiť analýzu priebehu snov, čo môže byť účinný nástroj napríklad pre sledovanie zmeny účinnosti terapie, hostility, agresie.

Hoci Hall/Van de Castleho systém nemôže zachytiť dynamiku deja, procesu jednotlivého sna a nahradiť individuálnu prácu s pacientom pri analýze sna veríme, že po menších korekciách v metodológii výskumu môžeme touto cestou prispieť k odhaleniu istých špecifických typov obsahov snov a ich súvislostí s afektívnymi stavmi a osobnostnými charakteristikami.

Psychotherapeutická práca s onkologickými pacientmi je u nás nová, málo prepracovaná oblasť. Aplikácia psychologických diagnostických metód u onkologických pacientov je zložitá a limitovaná, vzhľadom na obmedzenosť pacienta chorobou, slabosťou, bolesťou, pripútanosťou na lôžku a inými faktormi. Preto sa používajú časovo a výkonovo nenáročné techniky. Diagnostické vyšetrenia sa robia najmä za účelom diferenciálnej diagnostiky pri zmenách v správaní pacienta, adaptačných problémoch, alebo za účelom posúdenia psychického stavu pacientov, ktorí sa majú podrobiť náročnému operačnému zákroku či transplantácii kostnej drene. Mnohí onkologickí pacienti v období liečby, ale aj po jej ukončení, čelia zvládaniu existenciálnej krízy, smútku, úzkosti, depresie. Sme presvedčení, že vzhľadom na závažnosť tém, ktoré onkologického pacienta oslovujú, by bolo žiadúce využívať v terapeutickom prístupe okrem podpornej a kognitívne-behaviorálnej terapie, ktoré sa zatiaľ vyžívajú v najširšej miere, aj hlbší dynamický prístup.

Z nášho hľadiska nie je Hallov spôsob práce so snami vhodným nástrojom pre skúmanie špecifík v sne pre pacientov s onkologickým ochorením, pretože nezachytáva typické fenomény, ktoré sa v snoch objavili. Diskurzívnu analýzu snového materiálu sme našli rad miest, ktoré mali z dynamického hľadiska veľmi jasnú a priezračnú symboliku a silne súvisia so spracovaním onkologického ochorenia. Tieto fenomény nenašli žiaden odraz v Hall/Van de Castleho skórovacom systéme. Vďaka nášmu výskumu sa nám však potvrdilo, že sny onkologických pacientov predstavujú materiál dôležitý a prínosný pre terapeutické spracovanie spôsobom, v ktorom sa nerozplynie esencia sna.

## ... NAMIESTO ZÁVERU

Maja bola v čase, keď sa začala liečiť s diagnózou karcinóm prsníka, 28-ročná inžinierka ekonómie. Vnímavá, inteligentná, so svojším zmyslom pre humor. Svoje ochorenie sa snažila zvládať statočne, z času na čas ale prestávala veriť, že sa vylieči... preto prišla prvýkrát do psychoterapie. Nechcela nič zanedbať, chcela urobiť úplne všetko preto, aby sa vyliečila. Absolvovala operáciu, celý cyklus chemoterapie – napriek tomu prišlo po krátkom čase k relapsu ochorenia a objavili sa dve metastázy. Pretože liečba zlyhala, šancu na život jej mala dať transplantácia kostnej drene. Dva týždne po transplantácii Maja dostala septický šok a po niekoľkých dňoch náhle zomrela.

Počas takmer dvoch rokov, čo dochádzala do psychoterapie, spontánne z času na čas prinášala sny, najmä tie, ktoré ju prekvapili a nevedela si ich vysvetliť. Žiaľ, v tom čase bol fókus mojej terapeutickej činnosti zameraný iným smerom.

- ***Sen, ktorý sa pacientke opakovane sníval niekoľko týždňov a dní predtým, ako jej diagnostikovali metastázy v tele:***

Počúvala som rádio a športový komentátor hlásil, že v meste vyvierajú gejzíry vody. Na jednom, druhom, treťom mieste. Postupne sa ulice začali zaplavovať, videla som skupinu vojakov v uniformách ako kontrolovali uzávery vody. Zúskostňovala ma ich prítomnosť, ale zároveň aj upokojovala.

- ***Sen, ktorý pacientka priniesla do terapie v čase, keď sa rozhodovala (a nevedela rozhodnúť), či podstúpiť transplantáciu kostnej drene, ktorá jej mala dať šancu na dlhodobé prežitie:***

Boli sme veľká skupina ľudí, utekali sme a naháňali nás fašisti. Rozdelili sme sa do dvoch skupín: jedni išli starou cestou a časť z nás novou, ktorá mala byť akože bezpečnejšia, s menším rizikom, že nás chytiť. Ale nakoniec nás všetkých chytili, obklúčili a nahnali na štadión. Cítila som hrôzu, bezmocnosť a sklamanie, že nás aj tak dostali.

*Sen, ktorý sa mi prisnil z nedele na pondelok, noc pred Majinou smrťou a spôsob, akým sa naplnil, ma fascinoval natoľko, že som sa spätne vrátila ku snom, ktoré v minulosti priniesla. Postupne som v nich nachádzala posolstvá a súvislosti, ktoré som predtým nevnímala...*

Je pondelok poobede, idem tak, ako každý deň, na ARO navštíviť Maju. Keď som tam prišla oznámili mi, že Majin stav sa náhle zhoršil a o pol štvrtej poobede zomrela. Cítila som veľkú lútosť, že som ju už nestihla. Zrazu som sa ocitla v podzemných katakombách, hľadala som Maju, chcela som sa s ňou rozlúčiť. V drevených policiach boli uložení mŕtvi ľudia, ňaľahovali po mne ruky, volali ma. S údesom som odtiaľ ušla. Maju som nenašla. V tom som videla, ako rodičia jej telo nakladajú do auta a odvážajú z nemocnice preč. Vydesená snom som sa prebudila.

Keď som v pondelok ráno skutočne bežala za Majou na ARO, našla som ju v kritickom stave. Počkala na mňa. Počkala aj na svojich rodičov a o pol štvrtej poobede zomrela.

## Tabuľka č. 2: Hall – kódovacie symboly

## I. POSTAVY

počet	pohlavie	identita	vek
(1) jednotlivec	(F) žena	(C) najbližšia rodina	(A) dospelí
(2) skupina	(M) muž	(R) príbuzný (-i)	(T) tinedžer (-i)
(3) mŕtvy (-i)	(J) iné	(K) známy (-i), priatelia	(C) deti
(4) fiktívna postava (-y)	(P) prominent (-i)	(B) bábätko (-á)	
		(O) identifikácia povoláním	
		(E) etnická identifikácia	
		(S) neznámy (-i)	
		(U) nejasná identita	

## II. SOCIÁLNE INTERAKCIE

Agresivita (A)	Priateľskosť(F)	Sexualita (S)
A8: smrť		
A7: pokus o zranenie	F7: byť zasnúbený, zamilovaný	
A6: väzenie, prenasledovanie	F6: fyzický kontakt, nie sexuálny	
A5: ničenie majetku inej osoby	F5: priateľská návšteva inej osoby	S5: sexuálny styk + pokus
A4: zraňujúce slová, obvinenia	F4: pomoc, ochrana inej osobe	S4: petting, masturbácia
A3: negativistické správanie	F3: dar, pôžička	S3: bozkávanie, maznanie
A2: kritika, vytýkanie	F2: priateľ. prejavy – privítanie, úsmev	S2: sexuálne návrhy
A1: zakrývaná hostilita	F1: neprejavené (len čítené) priateľstvo	S1: sexuálne fantázie, myšl.

## III. AKTIVITY

- (P) fyzická – obliekanie, česanie, sedenie, písanie...  
(M) pohyb – zmena miesta vlastným pohybom – chôdza, beh, plávanie  
(L) zmena miesta – zmena miesta nie vlastným pohybom – autom, loďou, nesením, vedením v kočiaku  
(V) verbálna – všetky druhy a formy rozprávania  
(E) expresívna – všetky druhy expresívneho vyjadrenia, okrem reči – smiech, plač, cerenie zubov...  
(S) vizuálna – všetko videnie (čítať, všimnúť si, rozlíšiť...)  
(A) auditívna – všetko počuté  
(C) myslenie – všetka na cieľ zameraná, problém riešiacia aktivita

## IV. ÚSPECH A ZLYHANIE

- (S) úspech  
vynaložená energia a adekvátny prínos
- (F) zlyhanie  
vynaložená energia a žiaden prínos

## V. NEŠŤASTIE A ŠŤASTIE

- (M)  
M6: smrť následkom choroby, alebo nehody  
M5: zranenie, choroba (bolesť, slepota...)  
M4: zničenie, alebo strata majetku nehodou  
M3: ohrozenie niečím z okolia (nie niekým)  
M2: nebezpečie padania  
M1: byť stratený, nevedieť sa pohnúť...
- (GF)  
nie je rozdelené na podtriedy

## VI. EMÓCIE

(AN) Hnev – (zúrivosť, vyprovokovanosť, nahnevanosť...)

(AP) Obava – (strach, úzkosť, vina...)

(HA) Radosť – (uvoľnenie, radosť...)

(SD) Smútok – (sklamanie, zranenie, samota...)

(CO) Zmätenosť – (prekvapenie, udivenie, neistota...)

## VII. PROSTREDIE (OKOLIE)

Prostredie

(I) vnútorné

(O) vonkajšie

(A) nejasne definované

(NS) bez udania prostredia

(F) dôverne známe

(D) zmenené snom

(G) geografická lokalizácia

(U) neznáme, neisté prostredie

(Q) nedá sa určiť známosť prostredia

Objekty

(A) architektúra – (AR) na bývanie

(AV) na prácu, vzdelanie

(AE) na zábavu

(AI) inštitúcie

(AD) detaily (okná...)

(AB) materiál (tehla...)

(AM) rôznorodá arch.

(HH) domáce zariadenie (posteľ, práčka...)

(FO) jedlo

(I) nástroje – (IT) náradie, stroje

(IW) zbrane

(IR) rekreačné predmety

(TR) cestovanie

(ST) ulice

(RG) regióny

(NA) príroda

(B) časti tela – (BH) hlava, krk

(BE) nohy, prsty – výčnelky

(BT) torzo

(BA) vnút. orgány – pľúca...

(BS) penis...

(C) oblečenie

(CM) komunikácia (TV, mapa, test...)

(MO) peniaze

(MS) rôznorodé

## VIII. DESKRIPTÍVNE ELEMENTY

Modifikátory (M)

(C) farba

(S) veľkosť

(A) vek

(D) hustota

(T) teplota

(V) rýchlosť

(L) lineárnosť

(I) intenzita

(E) hodnotenie

Temporálna škála (T)

1. minúta, deň, rok

2. skoro ráno, zajtra, teraz

Negatívna škála (N)

1. nie, žiadny, nikdy, ani

2. negatívne predpony

Tabuľka č. 4: Hall – prehľad kódovacích symbolov pre jednotlivé postavy

Number	Gender	Identity	Age
<b>1: Individual</b> <i>jednotlivec</i>	<b>M: Male</b> <i>muž</i>	<b>F: Father</b> <i>otec</i>	<b>I: Infant</b> <i>dieťa</i>
<b>2: Group</b> <i>skupiny</i>	<b>F: Female</b> <i>žena</i>	<b>M: Mother</b> <i>matka</i>	<b>Y: Family member</b> <i>člen rodiny</i>
<b>3: Individual dead</b> <i>mŕtvy jednotlivec</i>	<b>J: Joint</b> <i>zmiešané pohlavie</i>	<b>X: Parents</b> <i>rodičia</i>	<b>R: Relative</b> <i>príbuzní</i>
<b>4: Group dead</b> <i>skupina mŕtvych</i>	<b>I: Indefinite</b> <i>neurčité pohlavie</i>	<b>B: Brother</b> <i>brat</i>	<b>K: Known</b> <i>známy</i>
<b>5: Individual imaginary</b> <i>neskutočná postava</i>		<b>T: Sister</b> <i>sestra</i>	<b>P: Prominent</b> <i>známa osobnosť</i>
<b>6: Group imaginary</b> <i>skupina neskutoč. postáv</i>		<b>H: Husband</b> <i>manžel</i>	<b>O: Occupational</b> <i>povolanie</i>
<b>7: Original form</b> <i>pôvodná forma</i>		<b>W: Wife</b> <i>manželka</i>	<b>E: Ethnic</b> <i>etnická identita</i>
<b>8: Changed form</b> <i>zmenená forma</i>		<b>A: Son</b> <i>syn</i>	<b>S: Stranger</b> <i>cudzinec, neznámy</i>
		<b>D: Daughter</b> <i>Dcéra</i>	<b>U: Uncertain</b> <i>nejasná identita</i>
		<b>C: Child</b> <i>dieťa</i>	
		<b>Miscellaneous</b> <i>(rôzne)</i>	
		<b>ANI: Animal</b> <i>zvierka</i>	
		<b>CZZ: Creature</b> <i>kreatúra</i>	



## Tabuľka č. 5: Hall – kódovací kľúč k obsahovej analýze snov

### I. POSTAVY

1. POČET – 1 jednotlivec, 2 skupina, 3 mŕtvy(-i), 4 fiktívna postava (-y)
2. POHLAVIE – 1 muž, 2 žena, 3 zmiešané
3. IDENTITA – 1 jadrová rodina, 2 príbuzný (-i), 3 známy(-i), priatelia, 4 nepriatelia, 5 zvierá (-tá), 6 iné
4. VEK – 1 dospelý, 2 iné

### II. SOCIÁLNE INTERAKCIE

5. AGRESIA – 1 smrť, 2 fyzická agresia, 3 nefyzická agresia
6. ROLA SNÍVAJÚCEHO V AGRESÍVNEJ INTERAKCII – 1 agresor, 2 obeť, 3 iné
7. PRIATELSKOSŤ – 1 áno, 2 nie
8. ROLA SNÍVAJÚCEHO V PRIATELSKEJ INTERAKCII – 1 prijímajúci, 2 dávajúci, 3 iné
9. SEXUALITA – 1 áno, 2 nie

### III. AKTIVITY

10. AKTIVITA – 1 fyzická, 2 verbálna, 3 expresívna, 4 iné
11. PŔVODCA AKTIVITY – 1 snívajúci, 2 iná postava

### IV. ÚSPECH A ZLYHANIE

12. ÚSPECH – 1 áno, 0 nie
13. DOSIAHNUTIE ÚSPECHU – 1 snívajúci, 2 iná postava
14. ZLYHANIE – 1 áno, 0 nie
15. PODĽAHNUTIE ZLYHANIU – 1 snívajúci, 2 iná postava

### V. ŠŤASTIE A NEŠŤASTIE

16. ŠŤASTIE – 1 áno, 2 nie
17. DOSIAHNUTIE ŠŤASTIA – 1 snívajúci, 2 iná postava
18. NEŠŤASTIE – 1 telesné, 2 ohrozenie niečím z okolia, 3 neschopnosť pohnúť sa, 4 iné
19. PRIHODENIE SA NEŠŤASTIA – 1 snívajúci, 2 iná postava

### VI. EMÓCIE

20. EMÓCIE – 1 negatívne, 2 pozitívne
21. OBJAVENIE SA EMÓCIÍ – 1 snívajúci, 2 iná postava

### VII. PROSTREDIE

22. PROSTREDIE – 1 vnútorné, 2 vonkajšie, 3 iné
23. ZNÁMOSŤ PROSTREDIA – 1 známe, 2 neznáme, 3 iné

### VIII. OBJEKTY

24. OBJEKTY – 1 architektúra, 2 nástroje, 3 časti tela, 4 oblečenie, 5 iné

### IX. DESKRIPTÍVNE ELEMENTY

25. MODIFIKÁTORY – 1 intenzita (+), 2 intenzita (-), 3 farba (+), 4 farba (-), 5 veľkosť (+), 6 veľkosť (-), 7 hodnotenie (+), 8 hodnotenie (-), 9 iné (+), 10 iné (-)
26. TEMPORÁLNA ŠKÁLA – 1 áno, 2 nie
27. NEGATÍVNA ŠKÁLA – 1 áno, 2 nie

Tab. č. 3: Výskyt vybraných kategórií snových obsahov a signifikantné rozdiely medzi N1 a N2 (N=180), 1. časť

KATEGÓRIE	Onkologické pac. N1	Neurotické pac. N2	p
<b>Počet</b>			
Jednotlivec	58 %	61 %	,8137
Skupina	36 %	27 %	,4561
<b>Pohlavie</b>			
Muž	34 %	37 %	,8090
Žena	24 %	21 %	,7818
<b>Identita</b>			
Jadrová rodina	33 %	21 %	,2995
Príbuzní	5 %	6 %	,8657
Priatelia	6 %	7 %	,8757
Neznámi	24 %	24 %	1,000
Zvieratá	12 %	7 %	,5116
<b>Vek</b>			
Dospelý	99%	96%	,4598
<b>Agresia</b>			
Smrť	5 %	9 %	,5461
Fyzická agresia	60 %	59 %	,9374
Nefyzická agresia	35 %	32 %	,8064
<b>Rola snívajúceho</b>			
Agresor	16 %	13 %	,7426
Obeť	59 %	62 %	,8130
<b>Priateľstvo</b>			
Áno	10 %	13 %	,7428
<b>Rola snívajúceho</b>			
Prijímajúci	19 %	47 %	,0247
Dávajúci	70 %	38 %	,0158
<b>Aktivita</b>			
Fyzická	23 %	25 %	,8567
Verbálna	13 %	13 %	1,000
Expresívna	8 %	5 %	,6392
<b>Pôvodca aktivity</b>			
Snívajúci	72 %	69 %	,7998

Výskyt vybraných kategórií snových obsahov a signifikantné rozdiely medzi N1-N2 (N=180),  
2. časť

KATEGÓRIE	Onkologické pac. N1	Neurotické pac. N2	p
<b>Úspech</b>			
Áno	11 %	14 %	,7266
Z toho úspech snívajúceho	99 %	92 %	,1961
<b>Zlyhanie</b>			
Áno	29 %	23 %	,5983
Z toho zlyhanie snívajúceho	99 %	95 %	,3676
<b>Šťastie</b>			
Áno	2 %	6 %	,4324
Z toho šťastie mal snívajúci	100 %	100 %	1,000
<b>Nešťastie</b>			
Telesné	23 %	24 %	,9275
Ohrozenie z okolia	23 %	17 %	,5635
Neschopnosť pohybu	37 %	43 %	,6370
Z toho nešť. mal snívajúci	83 %	74 %	,3997
<b>Emócie</b>			
Negatívne	95 %	77 %	,0492
Pozitívne	5 %	23 %	,0492
Z toho emócie snívajúceho	93 %	93 %	1,000
<b>Prostredie</b>			
Známe	28 %	27 %	,9312
<b>Objekty</b>			
Architektúra	35 %	29 %	,6203
Nástroje	3 %	4 %	,8338
Časti tela	12 %	24 %	,2313
Oblečenie	2 %	7 %	,3541
Negatívna škála	24%	26%	,8567

Tabuľka 4: Výskyt vybraných kategórií snových obsahov a signifikantné rozdiely medzi N1-N3 (N=180), 1. časť

KATEGÓRIE	Onkologické pac. N1	USA norma N3	p
<b>Počet</b>			
Jednotlivec	58 %	72 %	,1492
Skupina	36 %	28 %	,4026
<b>Pohlavie</b>			
Muž	34 %	37 %	,7649
Žena	24 %	40 %	,1124
<b>Identita</b>			
Jadrová rodina	33 %	15 %	,0298
Príbuzní	5 %	5 %	1,000
Priatelia	6 %	37 %	,0015
Neznámi	24 %	17 %	,3892
Zvieratá	12 %	4 %	,1039
<b>Vek</b>			
Dospelý	99 %	93 %	,2129
<b>Agresia</b>			
Smrť	5 %	2 %	,3749
Fyzická agresia	60 %	34 %	,0120
Nefyzická agresia	35 %	66 %	,0030
<b>Rola snívajúceho</b>			
Agresor	16 %	28 %	,1868
Obeť	59 %	57 %	,8462
<b>Priateľstvo</b>			
Áno	10 %	42 %	,0016
<b>Rola snívajúceho</b>			
Prijímajúci	19 %	41 %	,0294
Dávajúci	70 %	46 %	,0227
<b>Aktivita</b>			
Fyzická	23 %	20 %	,7226
Verbálna	13 %	26 %	,1403
Expresívna	8 %	3 %	,2309
<b>Pôvodca aktivity</b>			
Snívajúci	72 %	65 %	,4771

Výskyt vybraných kategórií snových obsahov a signifikantné rozdiely medzi N1-N2 (N=180),  
2. časť

KATEGÓRIE	Onkologické pac. N1	USA norma N3	p
<b>Úspech</b>			
Áno	11 %	8 %	,6098
Z toho úspech mal snívajúci	99 %	87 %	,0594
<b>Zlyhanie</b>			
Áno	29 %	10 %	,0104
Z toho zlyhanie snívajúceho	99 %	83 %	,0253
<b>Šťastie</b>			
Áno	2 %	6 %	,3830
Z toho šťastie mal snívajúci	99 %	79 %	,0105
<b>Nešťastie</b>			
Telesné	23 %	35 %	,2197
Ohrozenie z okolia	23 %	13 %	,1845
Neschopnosť pohybu	37 %	30 %	,4709
Z toho nešť. mal snívajúci	83 %	67 %	,0937
<b>Emócie</b>			
Negatívne	95 %	79 %	,0443
Pozitívne	5 %	21 %	,0443
Z toho emócie snívajúceho	93 %	88 %	,4413
<b>Prostredie</b>			
Známe	28 %	37 %	,3662
<b>Objekty</b>			
Architektúra	35 %	32 %	,7592
Nástroje	3 %	2 %	,7455
Časti tela	12 %	12 %	1,000
Oblečenie	2 %	10 %	,1626



# ZOZNAM LITERATÚRY

- Adler, A.: *Smysl života*. Práh, Praha, 1995
- Andrášiová, M.: *Sny v dynamickej psychoterapii*. Diplomová práca, FF UK, Bratislava, 1994
- Andrášiová, M., Heretik, A.: *Pokus o obsahovú analýzu snov onkologických pacientov*. *Konfrontace*, 2/1998, s. 16-18.
- Andrášiová, M.: *Kvantitatívna analýza obsahov snov onkologických a neurotických pacientov*. Dizertačná práca, FF UK, Bratislava, 2001.
- Artemidóros: *Snáň*. Svoboda, Praha, 1974
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: *Psychosomatická medicína*. Praha, Grada, Avicenum, 1993
- Barret, D., Loeffner, M.: *Comparison of dream content of depressed vs nondepressed dreamers*. *Psychological Reports*, 1992, 70, pp. 403-406
- Beck, A.T., Ward, C.: *Dreams of depressed patients. Characteristic themes in manifest content*. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 5, pp. 462-467
- Boleloucký, Z. a kol.: *Některé poznámky k psychosociálním aspektům u onkologicky nemocných*. *Čas. Lék. Čes.*, 1984a, 123, č. 28, s. 865-867
- Boleloucký, Z. a kol.: *Psychosomatické aspekty zhoubných nádorových onemocnění*. *Čas. Lék. Čes.*, 1984b, 123, č. 28, s. 860-864
- Boss, M.: *The analysis of dreams*. Philosophical Library, New York, 1958
- Boss, M.: *Včera v noci se mi zdálo*. Grada, Avicenum, Praha, 1994
- Breger, L., Hunter, I., Lane, R.W.: *The effect of stress on dreams*. International Universities Press, New York, 1972
- Carrington, P.: *Dreams and schizophrenia*. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, pp. 343 – 350
- Černoušek, M.: *Sny a snění*. Horizont, Praha, 1988
- Domhoff, G.W.: *Finding Meaning in Dreams. A Quantitative Approach*. Plenum Pres, New York, 1996
- Domhoff, G.W.: *New Directions in the Study of Dream Content Using the Hall/Van de Castle Coding System*. *Dreaming*, 1999, 9, pp. 115-137
- Dostálová, O.: *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Avicenum, Praha, 1986
- Dostálová, O.: *Jak vzdorovat rakovině*. Grada, Avicenum, Praha, 1993
- Dostálová, O.: *Léčba pokročilých stadií zhoubných nádorů*. 1. vyd., *Dům medicíny*, Praha, 1996
- Freud, S.: *Výklad snov*. J. Albert, Praha, 1937
- Freud, S.: *O člověku a kulture*. Odeon, Praha, 1989
- Freud, S.: *Vybrané spisy I*. Avicenum, Praha 1991a
- Freud, S.: *Vybrané spisy II*. Avicenum, Praha 1991b
- Freud, S.: *Totem a tabu*. Práh, Praha, 1991c
- Fromm, E.: *Sny a mýty*. Obzor, Bratislava, 1970
- Hajová, A.: *Obsahová analýza snov (pokus o reštandardizáciu US noriem Hall/Van de Castleho systému obsahovej analýzy snov)*. Diplomová práca, FF UK, Bratislava, 2001
- Hall, C.S.: *Diagnosing personality by the analysing of dreams*. *Journal of abnormal and social psychologie*, 1947, Vol. 42, pp. 68-79
- Hall, C.S.: *A cognitive theory of dream symbols*. *Journal of general psychology*, 1953a, Vol. 49, pp. 169–186
- Hall C.S.: *A cognitive theory of dreams*. *Journal of general psychology*, 1953b, Vol. 48, pp. 272-282
- Hall, C.S. and Van de Castle, R.L.: *The content analysis of dreams*. Appleton Century-Croffs, New York, 1966
- Hall, C.S. and Lindzey, G.: *Psychológia osobnosti*. Slovenské pedagogické nakladateľstvo 1997
- Heiser, L.: *Final project for the diploma program in process work*. Zürich, 1991
- Heretik, Andrášiová: *Metodologické problémy výskumu snov v klinickej psychológii*. *Psychologica XXXVII*, Zborník FF UK, 1999
- Hill, C. E.: *Working with Dreams in Psychotherapy*. The Guilford Press, New York, 1996
- Hill, C.E., Diemer, R., Hess, S., Hillyer, A., Seeman, R.: *Are the effects of dream interpretation on session quality, insight, and emotions due to the dream itself, to projection, or to the interpretation process?* *Dreaming*, 1993, 3, pp. 211-222
- Holland, J.C.: *Psycho-oncology*. 1. Ed., New York, Oxford University Press, 1998

- Jacobi, J.: *Psychologie C.G. Junga*. Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1992
- Jung, C. G.: *Gesammelte werke X.*, Walter, Zürich, 1978, pp. 29-52,
- Jung, C.G.: *Collected works of C. G. Jung*. Vol. 4, 8, 12, 16. Routledge and Kegan Paul, London, 1982
- Jung, C.G.: *Analytická psychologie, její teorie a praxe*. Academia, Praha, 1993
- Jung, C. G.: *Výbor z díla, I. svazek. Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1996
- Jung, C.G.: *Výbor z díla, II. svazek. Archetypy a nevědomí*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1997
- Jung, C.G.: *Výbor z díla, III. svazek. Osobnost a přenos*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1999a
- Jung, C.G.: *Výbor z díla, V. svazek. Snové symboly individuálního procesu*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1999b
- Kadlecová, L.: *Kvantitativní analýza obsahů snů u schizofrenických pacientů metodou Hall/Van de Castleho*. Diplomová práce, FF UK, Bratislava, 2002
- Kirschner, N.: *Changes in dream content after drug treatment*. *Dreaming*, 1999, 9, pp. 195 – 200
- Kramer, M., Hlasny, R., Jacobs, G., Roth, T.: *Do dreams have meaning? An Empirical Inquiry*. *American Journal of Psychiatry*, 1976, pp. 778-781
- Kramer, M., Roth, T.: *Dreams in Psychopathology*. In B.Wolman (Ed.), *Handbook of Dreams*. New York, Van Nostrand Reinhold, 1979
- Kübler – Ross, E.: *Hovory s umírajícími*. 1. vyd., Signum Unitas, Hradec Králové, 1992
- Lange, R.: *Manifest dreams from three clinical groups*. *Arch. General Psychiatry*, 1966, Vol. 14, pp. 634 – 643
- Menkynová, J.: *Stres, osobnostní faktory a onkologické ochorenia*. Diplomová práce FF UK, Bratislava, 1997
- Mindell, A.: *River's Way*. Routledge and Ketan Paul, London, 1985
- Mindell, A.: *Dreambody in relationship*. Routledge and Ketan Paul, London, 1987
- Mindell, A.: *Coma – Key to Awakening*. Mass, Bonton, 1989
- Mindell, A.: *Telo a sny. Stimul*, Bratislava, 1992
- Mindell, A.: *Snové telo*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1993
- Michal, V.: *Zulligeruv tabulkový test: Stručný úvod do Zulligerovy techniky*. Jindřich Horkel, *Elektronik Test, Nový Jičín*, 1998
- Mížíčková, A.: *Analýza snů lidí s hraničnou poruchou osobnosti*. Diplomová práce, FF UK, Bratislava, 1999
- Müllner, J., Ruiseľ, I., Farkaš, G.: *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. *Psychodiagnostické a didaktické testy*, n. p. Bratislava, 1980
- Pardel, T.: *Problémy psychoanalytického hnutia*. *Psychodiagnostika*, 1972
- Perls, F. S.: *Gestalt terapie doslova*. Votobia, 1996
- Puškárová, M.: *Výklad snov podľa analytickej psychológie C.G. Junga*. *Nepublikovaný rukopis*, 1993
- Řičan, P., Šebek, M., Ženatý, J., Morávek S.: *Úvod do Rorschachovy metody*. *Psychodiagnostické a didaktické testy*, n.p., Bratislava, 1981
- Sanford, J.A.: *Sny a léčení*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 1992
- Siegel, B.: *Láska, medicína a zázraky*. Radost, Praha, 1994a
- Siegel, B.: *Mír, láska, uzdravení*. Pragma, Praha, 1994b
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J.L.: *Návrat ke zdraví*. 1. Vydanie, Radost, Praha, 1994
- Simonton, O.C., Reid Henson: *Cesta k uzdravení*. Votobia, 1996
- Starý, R.: *Potíže s hlubinnou psychologií*. Prostor, Praha, 1990
- Straub, S.: *Der Traum und die Traum-deutung*. Zurich, 1984
- Thomä, H., Kächele H.: *Psychoanalytická praxe 1*. Mach, Hradec Králové, 1993
- Van de Castle, R.L.: *Our dreaming mind*. Ballantine books, New York, 1994
- Warnes, H., Finkelstein, A.: *Dreams that precede psychosomatic illness*. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1971, 16, 317-25
- Weiss, L.: *Dreams analysis in psychotherapy*. Pergamon Press, New York, 1986





## KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. František Kuzma

Parafrenia, história pojmu a postavenie v súčasnosti

atestačná práca 2002

PhDr. Mária Andrášiová, PhD.

Analýza snov

dizertačná práca 2002



Lundbeck Slovensko  
Zvolenská 19  
821 09 Bratislava 2

[www.lundbeck.com](http://www.lundbeck.com)