

Prehľadová práca

Prekognitívne snívanie The precognitive dreaming

Dušan Fábik

Súhrn

Cieľom príspevku je vymedziť pojem prekognitívne snívanie, jeho frekvenciu, typy a definovať jeho základné diferenciačné kritériá od bežného sna, ktorý nemá prediktívny predpoklad. Za hlavné znaky prekognitívneho sna považujeme zaznamenanie sna, pasivitu snívajúceho, detaily sna, absenciu poznatkov snívajúceho a nezávislosť od iných faktorov. Príspevok ďalej vo svetle výskumných prác a názorov odborníkov kriticky hodnotí reálnu existenciu prekognitívneho snívania. Zoskupuje názory odborníkov do štyroch oblastí, ktoré chápu prekognitívny sen ako dôsledok náhody, podvedomého vnímania, hraničných spánkových stavov a osobnostných faktorov. V závere autor konštatuje a spochybňuje výskyt prekognitívneho snívania ako reálnej možnosti na poznanie alebo predpovedanie svojej budúcnosti alebo budúcnosti iných.

Kľúčové slová: prekognitívny sen, kritériá, teórie prekognitívneho snívania.

Summary

The aim of the paper is to define the concept of precognitive dreaming, its frequency, types, and to define its basic differentiation criteria from a common dream that doesn't have a predictive predicate. The main features of the precognitive dream are the observation of the dream, the dreamer's passivity, the details of the dream, the lack of knowledge of the dreamer and the independence from other factors. In addition, in the light of research and expert opinions, the paper critically assesses the real existence of precognitive dreaming. It groups expert opinions into four areas that ponder the precognitive dream as a consequence of coincidence, subconscious perception, limit sleeping states and personality factors. In conclusion, it states and calls in question the occurrence of precognitive dreaming as a real opportunity to know or predict the own future or the future of others.

Key words: precognitive dream, criteria, theories of precognitive dreaming.

Úvod

Sen ako zážitok iluzórnych obrazov, dojmov či emócií patrí k procesom ľudskej psychiky, ktorý vzbudzuje viac otázok ako odpovedí. Nejednoznačnosti vytvárajú najmä nejednotné teórie snívania, ktoré sa snažia rozdielnym spôsobom vysvetliť funkciu či podstatu snov alebo psychoterapeutické školy, ktoré zaviedli odlišné predpoklady pre prácu so snami a ich výklad. Všetky tieto odborné odchýlky viedli nakoniec k rozšíreniu konceptu snívania a prispeli k vymedzeniu a opísaniu rozdielných typov snov, ako sú napríklad lucídne sny,

nočné mory či kompenzačné sny. K menej skúmaným patria prekognitívne sny, ktoré obsahujú obrazy o určitej nadchádzajúcej budúcej udalosti, ktorá v čase sna ešte nenastala. Sen teda vytvára prekognitívne dojmy, za ktorými nasledujú udalosti, ktoré potvrdzujú resp. zodpovedajú predchádzajúcemu dojmú.

Prekognitívne snívanie

Prekognitívne sny sa objavujú a dokumentujú u ľudí naprieč mnohými storočiami. Jedným z najstarších je klasický prípad faraónovho sna v Biblii, v ktorom sedem vychudnutých a ošarpaných kráv zožralo sedem tučných a pekných kráv. Na tento sen nazerala Biblia a Jozef, ktorý faraónovi vykladal sen ako upozornenie Boha, že po siedmich rokoch hojnosti príde na Egypt sedem rokov hladu a chudoby. Znami sú aj niektorí dobyvatelia (napr. Hannibal), ktorí na svojich snoch založili svoju vojnovú stratégiu. Prekognitívne sny

Katedra psychológie a patopsychológie, Pedagogická fakulta
Univerzity Komenského v Bratislave, Paneurópska vysoká škola
v Bratislave

Adresa pre korešpondenciu: PhDr. PaedDr. Dušan Fábik
Katedra psychológie a patopsychológie, PF UK
Moskovská 3, 811 08 Bratislava
e-mail: fabik7@uniba.sk

však nie sú záležitosťou len dávnej minulosti. Aj švajčiarsky psychoanalytik C. Jung opísal vo svojich prácach a spomienkach mnohé sny, ktorým prisudzoval prediktívnu hodnotu. V životopisnom diele (Jaffé, 2015) napríklad uviedol sen, ktorý sa mu sníval v lete roku 1914 pred začiatkom 1. svetovej vojny: "...roku 1914 sa mi v sne trikrát opakovalo zdalo, že uprostred leta prepukla arktická zima a zem tuhne v ľad. Videl som napríklad zamrznutú celú lotrínsku krajinu aj s ich prieplavmi. Celá krajina bola ľudoprázdna a všetky jazerá boli zamrznuté v ľad". Ako sám vravel "bol som pripravený na to, že sa niečo stane, lebo takéto vízie a sny sú osudové". Uvedené príklady nie sú špecifickou výnimkou. Aj v dielach mnohých spisovateľov, príbehoch mnohých cestovateľov, ale aj zážitkoch bežných ľudí sa môžeme opakovanne stretávať s presvedčením a vierou v prekognitívne snívanie. Aj výskumy preukazujú, že veľká časť populácie sa domnieva, že ich sny a sny druhých ľudí môžu poskytovať informácie o budúciach udalostiach. R. Lange et al. (2001) na základe analýzy viacerých štúdií konštatujú, že 63 až 98 % ľudí sa domnieva, že je možné prekognitívne snívanie. D. Ryback (1988) vykonával dotazníkový prieskum, v ktorom z 433 účastníkov až 290 samotných účastníkov, teda 66,9 % referovala určitú formu svojho prekognitívneho sna. V najaktuálnejšom výskume z uvedených (Schredl, 2009) 268 respondentov z celkového počtu 444, teda takmer 60 % zažilo aspoň jednu prekognitívnu skúsenosť.

Výskum prekognitívneho snívania

Väčšina výskumov preukazuje, že ženy snívajú častejšie prekognitívne sny ako muži (Haraldsson, 1985; Valášek a Watt, 2015). Naopak, k menej konzistentným a protichodným záverom z rôznych výskumov patrí vzťah prekognitívneho snívania a veku respondenta. Posledné výskumy však ukázali, že frekvencia prekognitívnych snov s vekom stúpa, čo výskumníci M. Valášek a C. Wattová (2015) vysvetľujú ako dôsledok väčších skúseností a obáv, o ktorých môžu ľudia snívať. Tento výsledok ale odporuje stabilnému záveru, ktorý tvrdí, že zapamätávanie snov sa s vekom znižuje (Nielson, 2012), čo by malo zapríčiniť zároveň nižšiu frekvenciu prekognitívnych snov. S ohľadom na tento predpoklad a vzhľadom na fakt, že časť výskumov nepotvrdila rastúcu frekvenciu prekognitívnych snov s vekom, zostáva táto otázka z nášho pohľadu stále pomerne nejasná.

Napriek relatívnemu výskytu prekognitívnych snov, ktoré hlásia ľudia, čelí vedecký výskum pri tomto jave viacerým problémom. Otázky v dotazníkoch typu "Máte sny, ktoré sa neskôr plnia?" bývajú výskumnými osobami enormne nadhodnotené. Ľudia totiž pomerne bežne snívajú o udalostiach nasledujúceho dňa, a to najmä v prípade, že sa jedná o stresujúce alebo nepríjemné udalosti. Tento typ sna teda nemôžeme považovať za prekognitívny, hoci ľudia ich majú tendenciu týmto spôsobom označovať. Vzhľadom na metodologické nedostatky, ktoré sa musia nevyhnutne dostaviť pri výskume snov majú výskumníci tendenciu vytvárať kritériá, ktoré by pokiaľ možno najviac prispeli k exaktnosti. Preto je aj pri výskume prekognitívneho snívania tendencia stanoviť presné kritériá pre jeho existenciu. Ako prvý stanovil kritériá pre prekognitívny sen H. Bender (1966). V rozšírenejšej a opisnejšej podobe ich prezentujeme v nižšie uvedených riadkoch. Pokiaľ sen nenaplnia dané kritériá, nie je považovaný za prekognitívny:

- *zaznamenanie sna* - sen by mal byť buď zapísaný samotným snívajúcim alebo aspoň prerozprávany snívajúcim ešte pred udalosťou v bdelom živote. Týmto spôsobom sa zabráni, aby si snívajúci po udalosti v reálnom živote nevedomo prispôboval obsah svojho sna na obraz reality;
- *pasivitu snívajúceho* - naplnenie obrazov budúcnosti zo sna nemôže závisieť od snívajúcej osoby;
- *detaily sna* - sen musí obsahovať dostatok podrobností. Pri všeobecných snoch (napr. padlo lietadlo) sa nedá vylúčiť vplyv náhody. Niektoré snové obsahy sa totiž vyskytujú v ľudských snoch s relatívne vysokou frekvenciou;
- *absencia poznatkov* - pri prekognitívnych snoch musí byť vylúčený vplyv skutočných poznatkov z bdelého života. Pokiaľ napr. snívajúca osoba vie, že matka jeho kamaráta trpí vážnou chorobou (ktorá môže, ale nemusí končiť úmrtím) nemôžeme považovať sen o jej smrti za prekognitívny, hoci by žena naozaj skonala;
- *nezávislosť od iných faktorov* - výskyt prekognitívneho sna nemôžu vysvetliť telepatické vplyvy.

Stanovené kritériá pomáhajú výskumu prekognitívnych snov, pretože už v samotnom počiatku výskumu dokážu diferencovať bežný a prekognitívny sen. Na základe uvedených kritérií sa frekvencia uvádzaných prekognitívnych snov u ľudí výrazne znižuje. Besterman (in Lange et al., 2009) napríklad v štúdií uvádza, že iba 2 sny z pôvodného počtu 45 hlásených ľuďmi sa dali považovať za prekognitívne. Za týchto okolností teda môžeme povedať, že pravé prekognitívne sny v súlade so stanovenými kritériami nie sú až také bežné, ako sa zväčša ľudia domnievajú.

Fenomenologicky môžeme rozlíšiť retrospektívne a prospektívne prekognitívne sny. Retrospektívne sny sú sny, ktoré sú zverejnené až po potvrdení udalosti zo sna v reálnom, bdelom živote. Prospektívne sny sú zase sny, ktoré sú zaznamenané vďaka denníkom či snovým denníkom ešte pred samotnými udalosťami. Väčšina zverejnených snov má retrospektívny charakter, čo umožňuje ľuďom skresľovať svoje sny v súlade s realitou. Pri prospektívnych snoch zase nemôžeme takmer nikdy vylúčiť vplyv náhody. Zároveň, len minimálne množstvo štúdií preukazuje možnosť existencie prekognitívnych snov aj za laboratórnych podmienok. Dovolíme si preto pochybovať o reálnej existencii prekognitívnych snov ako prostriedku na predpovedanie budúcnosti. Faktom však zostáva, že prekognitívne sny sú neustále hlásené nemalým počtom ľudí, čo núti výskumníkov hľadať vhodné teoretické a metodologické východiská pre vysvetlenie tohto javu.

Teórie prekognitívneho snívania

V minulosti sa predpokladalo, že prekognitívne sny sú vízie, ktoré zaslal ľuďom samotný Boh. Jeden z prvých, ktorí začali kritizovať toto stanovisko bol Aristoteles. Už v danom čase tvrdil, že prekognitívne (v jeho ponímaní veštecké) sny sú sny, „ktoré sa náhodne zhodujú s priebehom udalostí“ (Aristoteles, 1984).

V posledných desaťročiach sa môžeme stretnúť s viacerými teóriami a hypotézami, ktoré sa snažia vysvetliť prekognitívne sny z vedeckého hľadiska. Ich frekvenciu, podobnosti

a rozdiely s bdelým životom, okolnosti výskytu a vierohodnosť študujú nielen z aspektu psychológie, ale aj neurológie a podrobujú jej existenciu kritickému analýze. V tejto publikácii vymedzujeme štyri rozličné pohľady, ktorými výskumníci nazierajú na prekognitívne snívanie. Jedna skupina považuje prekognitívny sen za náhodu (1), ďalšia za podvedomé vnímanie (2), tretia ako dôsledok atypického spánku (3) a posledná ako produkt špecifických osobnostných charakteristík (4).

1. Náhoda

Možným spôsobom ako interpretovať prekognitívne sny je náhoda. V tomto kontexte má význam zákon veľkých čísel, ktorý tvrdí, že pri dostatočne veľkom súbore sa situácie a udalosti, ktoré sa javia ako výnimočné, stávajú relatívne bežné. Každý deň snívajú 7,5 miliardy ľudí. Jeden sen môže obsahovať aj 11 rôznym tém (napr. Yu, 2016), pričom v priebehu noci máme niekoľko snov. Preto, ak sa napríklad snívajú len jednému z milióna ľudí o havárii lietadla, tak pri počte 7,5 miliardy na svete môžu mať nasledujúci deň stotisíce ľudí dojem, že zažili prekognitívny sen. Ak sen považujeme za prediktívny aj po niekoľkých dňoch, po ktorých nasleduje udalosť zo sna, tak až milióny ľudí môžu svoj sen považovať za prekognitívny. Dôkaz môžeme nájsť aj v dnešných klasických výskumoch, ktorého počiatky siahajú až do roku 1932. V tomto roku bol unesený, zavraždený a pochovaný medzi stromami syn C. Lindbergha. Psychológovia H. Murray a D. Wheeler (1937) testovali prekognitívne sny tým, že vyzvali verejnosť, aby ohlásila všetky sny o dieťati. Celkovo bolo nahlásených okolo 1300 snov. Iba 5 % snov snívajú o smrti dieťaťa a iba 4 sny z 1300 snov snívajú o umiestnení hrobu medzi stromami. Sny teda obsahovali aj presné odhady, hoci pri celkovom pohľade neboli lepšie ako náhoda.

Predpoklad o náhodnej prekognícii zdôrazňuje aj charakter snových symbolov. Pri snívaní totiž platí tzv. kontinuita z bdelého života do snového (Fábik, 2017; 2018), čo znamená, že sen prijíma "prednostne" obsahy prístupné z bdelého života (Schredl a Wittman, 2005). Napr. štúdia od Dorusa et al. (in Domhoff, 2005) zistila len v 16,7 % prípadoch snových aktivít resp. sociálnych interakcií; 6,2 % pri snových postavách a 7,8 % pri prostredí neobvyklostí alebo bizarnosti. Snových obsahov, ktoré sa nikdy nevyskytli v živote snívajúceho, bolo minimálne množstvo: 4,9 % pre prostredie; 1,3 % pre postavy a 6,8 % pre všetky aktivity a sociálne interakcie. Snové obsahy, ktoré sa najčastejšie vyskytujú v prekognitívnych snoch (napr. vojna, nehoda) môžeme považovať taktiež za bežné, pretože ľudia sú s nimi neustále konfrontovaní v televízii, novinách a debatách, čo opäť podporuje možnosť, že sa v sne vyskytli len náhodou v súlade s teóriou kontinuity. Okrem toho sú témy prekognitívnych snov väčšinou negatívne, ako napr. vojna, prírodná katastrofa, smrť blízkeho človeka (napr. Ryback a Sweitzer, 1990), čo je porovnateľné s emóciami obyčajných snov, kde sa retrospektívnym zaznamenávaním zistila rovnako prevaha snov s negatívnym zafarbením (napr. Strauch a Meier, 1996). Samozrejme, nemôžeme zabudnúť ani na bežnú psychoterapeutickú predstavu snových obsahov, ktoré vo väčšine zdieľajú názor, že snové obrazy sú len "projekčné plátno pacienta, na ktoré premieta nevedomý materiál" (Kusý a Knobloch, 2017) a snový obsah

je symbol niečo iného. R. Lange et al. (2001) preto prehľadujú, že prekognitívne sny sú "náhody medzi obsahom a zážitkami z bdenia, ktoré sú zaznamenané kvôli frekvencii snových spomienok a získavajú dôveru pre kombináciu viery v paranormálne a toleranciu k nejednoznačnosti"¹.

2. Podvedomé vnímanie

Tento argument vychádza z myšlienky, že ľudia snívajú o budúcej udalosti, ktorá vyplýva z podvedome vnímaných údajov. Predpoklad vychádza zo záverov, ktoré preukazujú, že sny zohrávajú v psychike človeka podstatnú organizačnú funkciu, ktorá kategorizuje a spracúva emócie a myšlienky z bdelého života. Tieto teórie nazývame syntetizujúce (Fábik, 2015), pričom patria k najnovším myšlienkovým prúdom, ktoré predkladajú aj najväčšie množstvo dôkazov. K ich predstaviteľom patrí napríklad E. Hartmann (2012), Cartwrightová et al. (2006) alebo Hillová (2009), ktorí vychádzajú z predstavy, že v priebehu snívania sa emočné zážitky spájajú a spracúvajú so staršími, úspešnými vzormi riešenia problému.

Po dôslednom oboznámení sa s uvedenými autormi a ich výskumnými dôkazmi (bližšie Fábik, 2015) môžeme uvažovať, že ľudia snívajú primárne o tých emočných zážitkoch a udalostiach, ktoré skončili v bdelom stave nespracované a "nedokončené". To môžu byť udalosti, ktoré sú príliš emočne intenzívne na to, aby ich človek spracoval za jeden deň, prípadne udalosti, ktoré sú nepríjemné, a preto sú v priebehu bdelého života vytesňované alebo potláčané "vodítka" k uvedomeniu si danej situácie. Ak sa teda v priebehu dňa stretávame s úzkostnou a ohrozujúcou myšlienkou, ktorá je okamžite vytesnená, rastie pravdepodobnosť, že sa vyskytne v našom sne. C. Jung (2017) napríklad opísal muža, ktorý mal opakované sny, kde sa jeho manželka správala nemravným spôsobom (bližšie Jung nešpecifikoval). Jednalo sa o formu správania, ktorú si muž nevedel absolútne pripustiť alebo stotožniť so svojou ženou. Keď však muž začal svoju partnerku viac sledovať, zistil na svoje nešťastie, že aj v reálnom živote prejavuje podobné správanie. Môžeme sa domnievať, že muž v priebehu bdelého dňa mohol vnímať určité signály (napr. zmena správania manželky, neskoršie príchody domov), ktoré však muž okamžite vytesňoval, a preto si ich neuvedomoval. Sen však tieto nespracované emócie a obavy okamžite začlenil do snových obsahov, čo viedlo k predpokladu a neskôr aj "potvrdeniu", že sa jedná o prekognitívny sen.

Podobným spôsobom uvažuje nad prekognitívnym snom aj E. Fromm (1970). K faraónovmu snu o siedmich rokoch hojnosti a siedmich rokoch chudoby uvedenom v úvode tejto publikácie poznamenáva: "...poznal (faraón) niektoré faktory, ktoré by ovplyvnili podmienky úrodnosti pôdy v nadchádzajúcich štrnástich rokoch, ale takáto intuitívna znalosť mu mohla byť sprístupnená len v podmienkach spánku". E. Fromm teda naznačuje, že vodítka k myšlienke o siedmich rokoch chudoby mohli byť faraónovi neprístupné, a preto sa dostali "len" do sna. Rovnako by sme mohli uvažovať aj o Jungovej snovej predzvesti 1. svetovej vojny. Je pravdepodobné, že určité napätie medzi krajinami sa eskalovalo už pred samotným vojenským konfliktom. Jung ho mohol na nevedo-

¹ v orig. "...coincidences between the contents of dreaming and waking experience that are noticed due to frequency of dream recall and given credence

due to the combined effects of belief in the paranormal and a tolerance of ambiguity".

mej úrovni intenzívne pociťovať a prežívať. Z indícií môžeme takmer s istotou povedať, že Jung svoje bdelé myšlienky ohrozenia potláčal. Bdelé vízie ho totiž sprevádzali už pár mesiacov pred samotnými snami. Ako sám napísal k svojim víziám: „hanbil som sa za svoju slabosť“ (Jaffé, 215). Vo výsledku preto jeho hanba mohla viesť k potláčaniu svojich obáv do nevedomia, čo spôsobilo, že pocity ohrozenia získali ohromnú silu a intenzitu až v sne.

3. Hraničné spánkové stavy

Výskumy (napr. Hoelscher et al., 1981) preukázali, že skoré a neskoré štádiá spánku pred prebudením, teda tie, ktoré vytvárajú hraničné stavy medzi spánkom a bdelosťou sú náchylné pre prepúšťanie vonkajších stimulov do sna. Ak teda človek zadrieme pri televízii, existuje väčšia šanca, že sen začlení do svojho obsahu počutý materiál, čo môže snívajúci po zobudení a zoznámení sa s novými informáciami o svete pomocou iného médiá prežívať ako prekognitívny sen. Jestvuje teda pravdepodobnosť, že čím častejšie je osoba vystavená hraničným spánkovým stavom, tým väčšia bude pravdepodobnosť zážitkov prekognitívnych snov. Valášek a Wattová (2015) na vzorke 672 respondentov s priemerným vekom 31,47 tento predpoklad atypického spánku dôsledne rozanalyzovali. Respondenti štúdie mali najprv na Likertovej škále (1-7) vyznačiť frekvenciu prekognitívnych snov a následne ju korelovali s niektorými údajmi. Zistilo sa, že prekognitívne sny sú späté s nepravidelnými vzorcami spávania (napr. nočné budenia, poobedné zdiemnutia) a užívaním liekov na spanie, ktoré ovplyvňujú spánok v REM fáze.

4. Osobnostné aspekty

Jedným z osobnostných faktorov môžu byť paranormálne presvedčenia ľudí, ktoré vyplývajú z tendencie spájať nesúvisiace udalosti. Vo výskume C. Wattovej et al. (2014) boli účastníci vyzvaní, aby našli vzťah medzi náhodne spárovanými spravodajskými článkami a snom. Ako sa predpokladalo, schopnosť nájsť podobnosti a vzťahy medzi snami a spravodajskými udalosťami signifikantne koreluje s paranormálnymi presvedčeniami a vierou vo svoje prekognitívne sny. Okrem toho sa zistilo (Valášek a Watt, 2015), že viera v prekognitívne sny negatívne koreluje s dosiahnutým vzdelaním (skúmali sa roky formálneho vzdelávania), čo výskumníci dávajú do súvisu s vyšším kritickým myslením a obozretnjším prístupom k snom, ktoré môžu mať prediktívny predpoklad.

Ďalší aspekt, ktorý sa snaží objasniť prekognitívny sen, je selektívna zameranosť. Ľudská pamäť má tendenciu si zapamätáť tie prípady, kedy bol predpoklad pravdivý (relatívne spojenie medzi snom a udalosťou v bdelom živote) a podceňovať a zabúdať na prípady, kedy bol predpoklad nesprávny (Scott a Gilovich, 1993). Bežne sa stáva, že ľudia spomínajú pomerne vysokú frekvenciu svojich prekognitívnych snov, ale pri bližšej analýze alebo výskumoch sa ich tvrdenia nepotvrdzujú. C. Wattová a L. Vuillaume (2015) skúmali 20 respondentov pozvaných do spánkového laboratória. Všetci účastníci mali v priebehu života aspoň jeden prekognitívny sen (50 % menej ako raz za rok, 35 % raz za rok, 10 % raz za 6 mesiacov a 5 % približne raz za mesiac). Väčšina účastníkov uviedla, že si pamätajú niekoľko snov za týždeň. Všetci respondenti boli potom vyzvaní, aby snivali o videu, ktoré sa im

malo neskôr vyslať. Svoje sny mali potom účastníci prepísať do zošita. Po analýze ich snov výskumníci nezaznamenali žiadne znaky po prekognitívnych snoch.

Opakovane sa taktiež zistilo, že pevné resp. úzke hranice osobnosti môžu byť v korelácii s frekvenciou prekognitívnych snov. Koncept úzkych a pevných hraníc zaviedol do praxe E. Hartmann (napr. 2013), ktorý považoval človeka s pevnými hranicami za osobnosť, ktorá dokáže oddeliť myšlienky od pocitov, minulosť od prítomnosti a budúcnosti, je si úplne istá či bdie, spí alebo snívá. Osobnosť s úzkymi hranicami má tendenciu prežiť množstvo senzorického materiálu naraz, často mieša myšlienky s pocitmi, má tendenciu sa pohrúžiť do snenia a rozjímania a často sa stáva, že "napoly bdie a napoly spí". M. Schredl (2009) konkrétne zistil, že osoby s úzkymi hranicami hlásia častejšie prekognitívne sny ako osoby s pevnými hranicami.

Záver

V príspevku sme mohli vidieť, že jestvuje množstvo odborných pohľadov a výskumných zistení, ktoré sú schopné prijateľne vysvetliť prekognitívne snívanie. Na základe uvedeného môžeme povedať, že prekognitívne sny ako prostriedok na predpovedanie budúcnosti sú skôr naivné predstavy laickej verejnosti ako potvrdený vedecký fakt. Uvádzaní autori predložili hodnoverné výskumy a náhľady, ktoré považujú prekognitívne snívanie za náhodu, podvedomé snívanie, produkt hraničných spánkových stavov či osobnostných aspektov človeka. Domnievame sa, že ani jeden z názorov nie je absolútny a dominantný nad ostatnými, skôr zastávame názor, že aj u jedného človeka môže spôsobiť prekognitívnu skúsenosť v každom takomto sne, iný aspekt.

Literatúra

ARISTOTELES: Človek a príroda. Svoboda, 1984, 507 s.

BENDER, H.: The Gotenhafen case of correspondence between dreams and future events: A study of motivation. *International Journal of Neuropsychiatry*, 1966, 2, s. 398-407.

CARTWRIGHT, R., AGARGUN, M., KIRKBY, J., FRIEDMAN, J.: Relation of dreams to waking concerns. *Psychiatry Research*, 141, 2006, s. 261-270.

DOMHOFF, G.W.: The content of dreams: Methodologic and theoretical implications. In: M. H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement (Eds.): *Principles and Practices of Sleep Medicine* (4th Ed.). Philadelphia: W. B. Saunders, 2005, s. 522-534.

FÁBIK, D.: Snové emócie a snové obsahy v kontexte vzťahovej väzby. In *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*. 25, 2018, č. 1, s. 11-21.

FÁBIK, D.: Analýza vybraných aspektov snívania. In *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*. 24, 2017, č. 1, s. 11-15. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2017/ppp1-2017-cla2.pdf>

FÁBIK, D.: Analýza teórií snívania. In *Psychiatria - Psychoterapia - Psychosomatika*. 23, 2015, č. 3-4, s. 30-40. Dostupné na internete: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2015/ppp3-4-2015-cla4.pdf>

- FROOM, E.:** Sny a mýty. Bratislava: Obzor, 1970.
- HARALDSSON, E.:** Representative national surveys of psychic phenomena. *Journal of the Society for Psychical Research*, 53, 1985, s. 145-158.
- HARTMANN, E.:** Sny. Podstata a funkcie snívania. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013. 180 s. ISBN 907-80-88952-76-3
- HILL, E.C.:** Práca so snami v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009. 301 s. ISBN 978-80-88952-49-7
- HOELSCHER, T.J., KLINGER, E., BARTA, S.G.:** Incorporation of concern-and nonconcern-related verbal stimuli into dream content. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 1981, (1), s. 88-91
- JAFFÉ, A.:** Vzpomínky/Sny/Myšlenky. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0803-7
- JUNG, C.:** Výbor z díla I. - Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi. Brno: Holar, 2017, 450 s. ISBN 978-80-9067-313-7
- KUSÝ, P., KNOBLOCH, F.:** Práca so snami z pohľadu integrovanej psychoterapie. *Psychoterapie*, 11, 2017, č. 3, s. 230-241.
- LANGE, R., SCHREDL, M., HOURAN, J.:** What Precognitive Dreams are Made of: The Nonlinear Dynamics of Tolerance of Ambiguity, Dream Recall, and Paranormal Belief, 2001.
- MADEY, S., GILOVICH, T.:** Effects of Temporal Focus on the Recall of Expectancy-Consistent and Expectancy-Inconsistent Information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1993, č. 3, s. 458-468.
- MURRAY, H.A., WHEELER, D.R.:** A note on the possible clairvoyance of dreams. *Journal of Psychology*, 1937, č. 3, s. 309-313.
- NIELSEN, T.:** Variations in Dream Recall Frequency and Dream Theme Diversity by Age and Sex. *Frontiers in Neurology*, 3, 2012, č. 1.
- RYBACK, D., SWEITZER, L.:** Wahrträume. München: Knaur, 1990.
- RYBACK, D.:** Dreams That Came True. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, 1988.
- SCHREDL, M.:** Frequency of Precognitive Dreams: Association with Dream Recall and Personality Variables. *The Journal of the American Society for Psychical Research*, 73, 2009, s. 83-91.
- SCHREDL, M., WITTMANN, L.:** Dreaming a psychological view. *Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156, 2005, s. 484-492.
- STRAUCH, I., MEIER, B.:** Search of Dreams. Results of Experimental Dream Research. Albany: State University of New York Press, 1996. 268 s. ISBN 978-0791427606
- VALÁŠEK, M., WATT, C.:** Individual differences in prophetic dream belief and experience: Exploring demographic and sleep-related correlates. *Personality and Individual Differences*, 87, 2015, s. 65-69.
- WATT, C., VUILLAUME, L.:** Dream Precognition and Sensory Incorporation: A Controlled Sleep Laboratory Study. *Journal of Consciousness Studies*, 2015, 22 (5).
- WATT, C., ASHLEY, N., GILLET, J., HALEWOOD, M., HANSON, R.:** Psychological factors in precognitive dream experiences: The role of paranormal belief, selective recall and propensity to find correspondences. *International Journal of Dream Research*, 7, 2014, č. 1, s. 1-8.
- YU, C.K.C.:** We dream typical themes every single night. *Dreaming*, 26, 2016, č. 4, s. 319-329.

Do redakcie došlo 23.4.2018.

Atomoxetín

od firmy Zentiva



Skrátená informácia o lieku Atomoxetín 10 mg, Atomoxetín 18 mg, Atomoxetín 25 mg, Atomoxetín 40 mg, Atomoxetín 60 mg tvrdé kapsuly

Zloženie: Každá tvrdá kapsula obsahuje hydrochlorid atomoxetínu zodpovedajúci 10 mg (alebo 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg) atomoxetínu. **Farmakoterapeutická skupina:** Psychoanaleptiká, centrálne pôsobiace sympatomimetiká. **ATC kód:** N06BA09. **Terapeutické indikácie:** Liečba hyperkinetickej poruchy (poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD, Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder) u detí vo veku 6 rokov a starších, u dospievajúcich a dospelých ako súčasť komplexného liečebného programu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Podáva sa v jednej dennej dávke ráno, môže byť užitočné rozdelenie tejto dávky do dvoch rovnakých dávok užívaných dvakrát denne. **Pediatrická populácia s telesnou hmotnosťou do 70 kg:** Liečba sa má začať celkovou dennou dávkou približne 0,5 mg/kg. Počiatočná dávka sa má užívať minimálne 7 dní pred vzostupnou titráciou dávky podľa klinickej odpovede a znášanlivosti. Odporúčaná udržiavacia dávka je približne 1,2 mg/kg/deň. **Pediatrická populácia s telesnou hmotnosťou nad 70 kg:** Liečba sa má začať celkovou dennou dávkou 40 mg. Počiatočná dávka sa má užívať minimálne 7 dní pred vzostupnou titráciou dávky podľa klinickej odpovede a znášanlivosti. Odporúčaná udržiavacia denná dávka je 80 mg až 100 mg. **U pacientov so stredne závažnou hepatálnou insuficienciou** majú byť počiatočné i cieľové dávky znížené na 50 % zvyčajnej dávky. **U pacientov so závažnou hepatálnou insuficienciou** majú byť počiatočné i cieľové dávky znížené na 25 % zvyčajnej dávky. **Pacientom v konečnom štádiu ochorenia obličiek, ako aj s miernejšími stupňami renálnej insuficencie,** možno podávať podľa zvyčajného režimu dávkovania. **U pacientov s genotypom pomalého metabolizéra** je vhodné zvážiť nižšiu počiatočnú dávku a pomalšiu titráciu. **Použitie u pacientov starších ako 65 rokov** sa systematicky neskúmalo. Nemá sa podávať deťom mladším ako 6 rokov. Môže sa podávať s jedlom alebo bez jedla. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, kombinácia s inhibítormi monoaminoxidázy (MAO), glaukóm s úzkym uhlom, závažná kardiovaskulárna alebo cerebrovaskulárna porucha, feochromocytóm. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pacienti liečení na ADHD majú byť starostlivo pozorovaní, najmä čo sa týka prítomnosti alebo zhoršenia suicidálneho správania. Pacienti so známou štruktúrnou srdcovou abnormalitou môžu užívať atomoxetín len so zvýšenou opatnosťou a po konzultácii s kardiológom. Atomoxetín môže ovplyvňovať srdcovú frekvenciu a krvný tlak. Cerebrovaskulárne účinky: Pacienti s ďalšími rizikovými faktormi pre cerebrovaskulárne stavy sa majú po začatí liečby pri každej návšteve vyšetriť, či sa u nich neobjavili takéto neurologické znaky a symptómy. Liečba sa má prerušiť a nemá sa znovu začať u pacientov so žltáčkou alebo laboratórne preukázanou poruchou funkcie pečene. Nemôže byť vylúčená možnosť, že liečba spôsobí zhoršenie už existujúcich psychotických alebo manických symptómov. Pacienti musia byť starostlivo sledovaní kvôli zhoršeniu agresívneho správania, hostility alebo emočnej lability. U pacientov sa zaznamenali alergické reakcie vrátane anafylaktických reakcií, vyrážky, angioneurotického opuchu a urtikárie. Možným rizikom pri liečbe sú epileptické záchvaty. Počas liečby je potrebné sledovať telesnú rast a vývoj u detí a dospievajúcich. Pacienti majú byť sledovaní, či sa u nich neobjavia alebo nezhoršujú úzkostné symptómy, depresívne nálady a depresie alebo tiky. **Liekové a iné interakcie:** Nemá sa používať spolu s IMAO. Pomalšia titrácia a konečne nižšie dávky atomoxetínu môžu byť nevyhnutné u tých pacientov, ktorí už užívajú lieky inhibujúce enzým CYP2D6. Opatnosť je potrebná pri kombinácii so silnými inhibítormi enzýmov cytochrómu P450 iných ako CYP2D6 u pacientov, ktorí sú pomalí metabolizéri CYP2D6, pretože nie je známe riziko klinicky relevantného vzostupu expozície atomoxetínu. Má sa s opatnosťou podávať pacientom liečeným vysokou dávkou nebulizovaného či systémovo podávaného (perorálne či intravenózne) salbutamolu (alebo iných beta2 agonistov). Existuje možnosť zvýšeného rizika predĺženia QT intervalu, ak je atomoxetín podávaný spolu s inými liekmi, ktoré môžu predĺžiť QT interval, narušiť rovnováhu elektrolytov a liekmi, ktoré inhibujú CYP2D6. Pri súbežnom užívaní liekov, ktoré znižujú prah epileptických záchvatov, je potrebná opatnosť. Navyše je potrebná opatnosť pri ukončení súbežného podávania s benzodiazepínmi vzhľadom na možné záchvaty z vysadenia. Atomoxetín sa má užívať opatrne s antihypertenznými liekmi. Má sa podávať opatrne spolu s vazopresivami alebo liekmi, ktoré môžu spôsobiť zvýšenie krvného tlaku. Lieky, ktoré pôsobia na noradrenalin, sa majú podávať súčasne s atomoxetínom s opatnosťou. **Gravidita a laktácia:** Nemá sa užívať v gravidite, ak potenciálny prínos neprevyšuje potenciálne riziko pre plod. Je nutné vyvarovať sa podávaniu počas dojčenia. **Nežiaduce účinky u pediatrickej populácie:** Pokles chuti do jedla, bolesť hlavy, spavosť, bolesť brucha, vracanie, nauzea, zvýšenie krvného tlaku, zvýšenie srdcového rytmu, anorexia, podráždenosť, výkyvy nálad, nespavosť, agitácia, úzkosť, depresia a depresívna nálada, tiky, závraty, mydriáza, zápcha, dyspepsia, dermatitída, pruritus, vyrážka, únava, letargia, bolesť na hrudi, pokles hmotnosti, udalosti vzťahujúce sa na samovraždu, agresia, hostilita, emočná lability, psychózy, mdloba, tras, migréna, parestézia, znížená citlivosť, epileptické záchvaty, rozmazané videnie, palpitácie, sínusová tachykardia, predĺženie QT intervalu, dyspnoe, zvýšenie hodnôt krvného bilirubínu, hyperhidróza, alergické reakcie, asténia. **Nežiaduce účinky u dospelých:** Pokles chuti do jedla, nespavosť, bolesť hlavy, sucho v ústach, nauzea, zvýšenie krvného tlaku, zvýšenie srdcového rytmu, agitácia, pokles libida, poruchy spánku, depresia a depresívna nálada, úzkosť, závraty, dysgeúzia, parestézia, somnolencia, tremor, palpitácie, tachykardia, sčervnenie, návaly tepla, bolesti brucha, zápcha, dyspepsia, flatulencia, vracanie, dermatitída, hyperhidróza, vyrážka, dyzúria, polakizúria, močenie s oneskoreným začiatkom, retencia moču, dysmenorea, poruchy ejakulácie, erektilná dysfunkcia, prostatitída, bolesť mužských pohlavných orgánov, asténia, únava, letargia, zimnica, panické pocity, podráždenosť, smäd, pokles hmotnosti, udalosti vzťahujúce sa na samovraždu, agresia, hostilita a emočná lability, nepokoj, tiky, synkopa, migréna, znížená citlivosť, rozmazané videnie, predĺženie QT intervalu, pocit chladu v periférnych častiach tela, dyspnoe, alergické reakcie, pruritus, žihľavka, svalové kŕče, nutkanie na močenie, zlyhanie ejakulácie, nepravidelná menštruácia, poruchy orgazmu, pocit chladu, bolesť na hrudi. **Dostupné veľkosti balenia:** 56 kapsúl. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k. s., Praha, Česká republika. **Adresa držiteľa rozhodnutia v SR:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava. **Dátum poslednej revízie textu SmPC:** Apríl 2016. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním lieku sa oboznáňte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktoré môžete získať na adrese:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel.: +421 233 100 607, fax: +421 233 100 199, e-mail: repcia@sanofi.com.

Určené pre odbornú verejnosť.

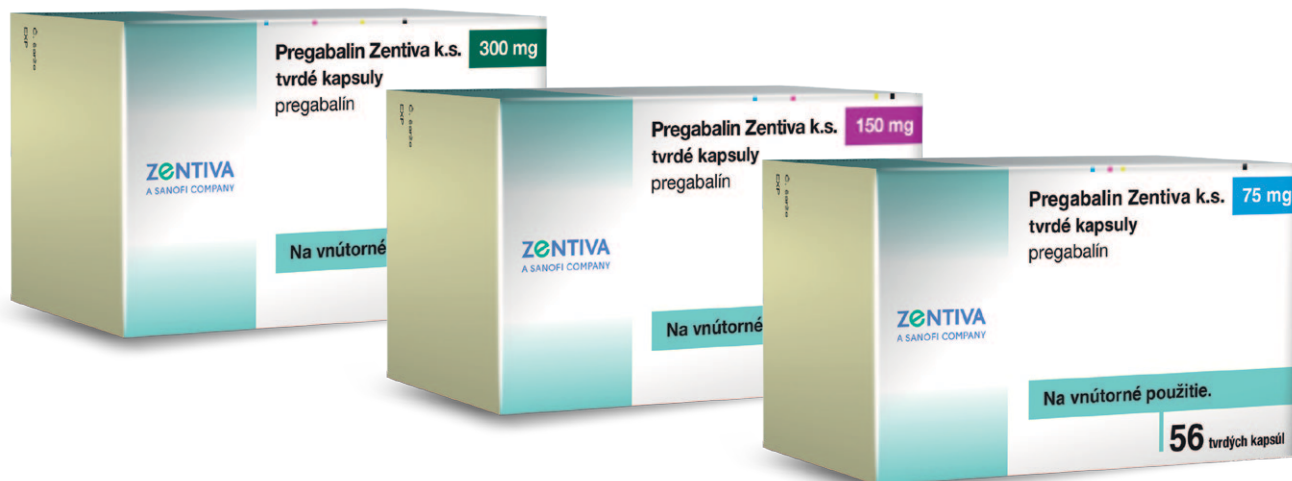
Dátum prípravy: október 2017

Kód materiálu: SACS.GATXZ.17.10.1197

ZeNTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI

Pregabalín

od firmy Zentiva



Skrátaná informácia o lieku Pregabalín Zentiva k.s. 75 mg tvrdé kapsuly, Pregabalín Zentiva k.s. 150 mg tvrdé kapsuly, Pregabalín Zentiva k.s. 300 mg tvrdé kapsuly

Liečivo: Každá tvrdá kapsula obsahuje 75 mg alebo 150 mg alebo 300 mg pregabalínu. **Lieková forma:** Tvrdé kapsuly. **Farmakoterapeutická skupina:** Antiepileptiká, iné antiepileptiká. **ATC kód:** N03AX16.

Indikácie: *Neuropatická bolesť:* Pregabalín Zentiva k.s. je indikovaný na liečbu periférnej a centrálnej neuropatickej bolesti u dospelých. *Epilepsia:* Pregabalín Zentiva k.s. je indikovaný ako prídavná liečba u dospelých s parciálnymi záchvatmi so sekundárnou generalizáciou alebo bez nej. *Generalizovaná úzkostná porucha:* Pregabalín Zentiva k.s. je indikovaný na liečbu generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD = Generalised Anxiety Disorder) dospelých. **Dávkovanie:** Rozsah dávkovania je 150 až 600 mg denne, podáva sa v dvoch alebo troch rozdelených dávkach. Počiatočná dávka je 150 mg denne. Maximálna dávka je 600 mg denne. Prípadné vysadenie pregabalínu postupne, minimálne po dobu 1 týždňa. Zníženie dávky u pacientov s poškodením obličiek musí byť stanovené individuálne podľa klirensu kreatinínu. U pacientov s poruchou funkcie pečene nie je potrebná úprava dávky. Bezpečnosť a účinnosť pregabalínu u detí a dospelujúcich do 17 rokov veku nebola stanovená. Starší pacienti môžu vyžadovať zníženie dávky vzhľadom ku zníženej funkcii obličiek. Môže sa podávať s jedlom alebo bez jedla. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** U pacientov s diabetom môže vzniknúť potreba úpravy dávkovania liekov používaných na zníženie glykémie. V prípade reakcie precitlivosti zahŕňajúcej príznaky angioedému, je nevyhnutné ihneď pregabalín vysadiť. Pacienti majú byť inštruovaní k zvýšenej opatrnosti z dôvodu možného výskytu závratov, somnolencie, straty vedomia, zmätenosti a poruchy mentálnych funkcií. Možno, väčšinou prechodný, výskyt rozmazaného videnia, zníženej zrakovkej ostrosti, zmeny zorného poľa, straty zraku; tieto očné príznaky môže vyriešiť alebo zlepšiť vysadenie pregabalínu. Hlásené prípady zlyhania obličiek. Možné abstinenčné príznaky: nespavosť, bolesť hlavy, nauzea, úzkosť, hnačka, chrípkový syndróm, nervozita, depresia, bolesť, kŕče, hyperhidróza a závrat. Na začiatku liečby je nutné o tejto skutočnosti informovať pacienta. Môžu sa vyskytnúť epileptické záchvaty vrátane status epilepticus a záchvatov typu grand mal. Opatrnosť u starších pacientov s poruchou kardiovaskulárnych funkcií v indikácii neuropatie z dôvodu hlásených prípadov kongestívneho srdcového zlyhania. Opatrnosť pri liečbe centrálnej neuropatickej bolesti v dôsledku poranenia miechy. Nutné monitorovať príznaky samovražedných myšlienok a správania; poučenie pacientov. Pri súčasnom podávaní pregabalínu a opioidných liekov je vhodné prijať opatrenia na prevenciu zápch. Potrebná opatrnosť u pacientov so zneužívaním liekov v anamnéze. Boli hlásené prípady encefalopatie. Obsahuje laktózu. **Liekové a iné interakcie:** Pregabalín sa vylučuje prevažne v nezmenenej forme močom, podlieha zanedbateľnému metabolizmu u ľudí (<2% dávky zachytené v moči vo forme metabolitov), neinhibuje liekový metabolizmus in vitro a neviaže sa na plazmatické proteíny, je nepravdepodobné, že by spôsobil alebo bol sám subjektom farmakokinetických interakcií. Pregabalín môže zosilňovať účinky etanolu a lorazepamu. Pregabalín má aditívny efekt pri poškodení kognitívnych funkcií a hrubej motoriky spôsobenom oxykodónom. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Potenciálne riziko pre ľudí nie je známe, ženy vo fertilnom veku musia používať účinnú antikoncepciu. Pregabalín sa smie užívať počas gravidity iba v nevyhnutných prípadoch (ak prínos pre matku jednoznačne preváži potenciálne riziko pre plod). Pregabalín sa vylučuje do materského mlieka, je potrebné prijať rozhodnutie, či ukončiť dojčenie alebo liečbu pregabalínom. **Nežiaduce účinky:** *Veľmi časté:* závrat, somnolencia, bolesť hlavy; *Časté:* nazofaryngitída, zvýšená chuť do jedla, euforická nálada, zmätenosť, podráždenosť, dezorientácia, nespavosť, zníženie libida, ataxia, poruchy koordinácie, tras, dyzartria, amnézia, zhoršenie pamäti, poruchy pozornosti, parestézia, hypoestézia, sedácia, porucha rovnováhy, letargia, rozmazané videnie, dvojité videnie, vertigo, zvracanie, pocit na vracanie, zápcha, hnačka, plynatosť, abdominálna distenzia, suchosť v ústach, svalové kŕče, artralgia, bolesti chrbta, bolesti končatín, cervikálne spazmy, erektilná dysfunkcia, periférny edém, opuchy, poruchy chôdze, pády, pocit opitosti, zvláštne pocity, únava, zvýšenie telesnej hmotnosti; *Menej časté:* neutropénia, precitlivosť, anorexia, hypoglykémia, halucinácie, panický atak, nepokoj, agitovanosť, depresia, depresívna nálada, povznesená nálada, agresivita, kolísanie nálady, depersonalizácia, ťažkosť s hľadaním slov, abnormálne sny, zvýšenie libida, anorgazmie, apatia, synkopa, stupor, myoklonus, strata vedomia, psychomotorická hyperaktivita, dyskinéza, posturálne závraty, intenzívny tras, nystagmus, kognitívne poruchy, porucha mentálnych funkcií, porucha reči, hyporeflexia, hyperestézia, pocity pálenia, ageúzia, malátnosť, strata periférneho videnia, poruchy zraku, opuch očí, porucha zorného poľa, zníženie zrakovkej ostrosti, bolesť očí, astenopia, fotopsia, suchosť očí, zvýšené slzenie, podráždenie oka, hyperacuze, tachykardia, atrioventrikulárna blokáda I. stupňa, sinusová bradykardia, kongestívne srdcové zlyhanie, hypotenzia, hypertenzia, návaly horúčavy, sčervenanie, pocit chladných končatín, dýchavičnosť, epistaxa, kašeľ, zdurenosť nosovej sliznice, nádcha, chrápanie, sucho v nose, gastroezofageálny reflux, zvýšená sekrécia slín, hypoestézia v ústach, papulárny exantém, žihľavka, hyperhidróza, pruritus, opuch kĺbov, myalgia, svalové záchvaty, bolesti šije, svalová stuhnutosť, inkontinencia moču, dyzúria, sexuálna dysfunkcia, oneskorená ejakulácia, dysmenorea, bolesti prsníkov, generalizovaný opuch, opuch tváre, pocit tiesne na prsiach, bolesť, horúčka, smäd, triačka, asténia, zvýšenie hladiny kreatínfosfokinázy, zvýšenie hladiny alanínaminotransferázy, zvýšená hladina aspartátaminotransferázy, zvýšenie hladiny glukózy v krvi, pokles počtu krvných doštičiek, zvýšenie hladiny kreatinínu v krvi, pokles hladiny draslíka v krvi, zníženie telesnej hmotnosti. **Dostupné balenie:** 56 tvrdých kapsúl. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 30 °C. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Dátum poslednej revízie:** Marec 2018. **Výdaj lieku je viazaný na lekárske predpis. Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktoré môžete získať na adrese:** Zentiva, a.s., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel.: +421 233 100 607, fax: +421 233 100 199, e-mail: recepacia@sanofi.com.

Určené pre odbornú verejnosť.

Dátum prípravy: apríl 2018

Kód materiálu: SACS.GPGA.Z18.04.0374

ZENTIVA
SPOLOČNOSŤ SKUPINY SANOFI