

PRINCIPY SUPERVIZE V KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPII

souborný článek

Ján Praško^{1-2,5}
Jana Vyskočilová^{2,5}
Miloš Šlepecký^{3,5}
Miroslav Novotný⁴⁻⁶

¹Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

²Psychiatrické centrum Praha, Centrum neuropsychiatrických studií 3. LF UK, Praha

³ABC centrum, Liptovský Mikuláš, Slovensko

⁴Centrum duševního zdraví, Jeseník

⁵Odysea, mezinárodní institut KBT, Praha

⁶Český institut pro supervizi, Praha

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
Klinika psychiatrie,
LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
e-mail: prasko@fnol.cz

Tato práce byla podpořena
výzkumným grantem IGA MZ ČR NS
10301-3/2009

SOUHRN

Praško J, Vyskočilová J, Šlepecký M, Novotný M. Principy supervize v kognitivně-behaviorální terapii

V kognitivně-behaviorální terapii narůstá potřeba kvalitních supervizorů a jejich výcviku. Primárním cílem supervize je zvýšení hodnoty terapeutického procesu v nejlepším zájmu klienta. Důležitou součástí supervize je zaměření se na růst supervidovaného v dovednostech porozumět, aktivně řešit a přiměřeně prožívat terapeutickou práci i terapeutickou roli. Důležité je vytvoření vztahu supervizor–supervidovaný, který je založen na podobných principech jako terapeutický vztah. V řadě aspektů se v něm může zrcadlit vztah terapeut–klient, avšak větší důraz je kladen na partnerství obou a na svobodu a nezávislost supervidovaného již od počátku supervizního procesu. Supervize terapeutického procesu zdůrazňuje jak zjevné chování terapeuta, tak jeho dynamiku a zprostředkující kognice, emoce, tělesné reakce a hlubší postoje týkající se klienta a celého procesu terapie. Supervize se zaměřuje na růst terapeutových kompetencí. Mezi základní kompetence KBT terapeuta patří dobrá znalost teorie, profesionalita v chování ke klientovi, dovednost používat specifické terapeutické strategie k udržování terapeutického vztahu a k dosažení změny, a dodržování etických norem.

Klíčová slova: supervize, kognitivně-behaviorální terapie, kompetence, supervizní vztah, přenos, protipřenos.

SUMMARY

Praško J, Vyskočilová J, Šlepecký M, Novotný M. Principles of supervision in cognitive behavioral therapy

There are arising need of quality supervisors and their training in cognitive behavioral therapy. The primary aim of supervision is enhancing value of therapeutic process for the best interests of the client. Part of supervision is focusing on growth of supervisees in skills to understand, actively solve and emotionally adequate experience therapeutic work and themselves in therapist role. There is importance of developing the relation between supervisor-supervisee, which is based on similar principles like therapeutic relation. This relation reflects relation between therapist and client in many features, however bigger emphasis is on the parity between both and on the freedom and independence of supervisee already from the early of supervise process. Supervision of the therapy process stress the identifiable behaviour of the therapist, its dynamism and mediate cognitions, emotions, bodily responses and deeper assumptions concerning client and whole context of the therapy. Supervision focuses on the growth of therapeutic competencies. Among basic competencies of CBT therapist are good knowledge of the theory, professionalism in the behavior to the client, skills needed for the maintenance of therapeutic relation and for the therapeutic change and following the ethical norms.

Key words: supervision, cognitive behaviour therapy, competencies, supervise relation, transference, countertransference.

ÚVOD

Otázky výchovy kvalitních terapeutů a také kvalitní supervize jejich růstu ve výcviku a také po jeho ukončení v rámci celoživotního vzdělávání jsou opakovaně diskutovány na mezinárodních fórech.¹ Stávající praxe, kdy výcvikový psychoterapeutický institut osloví zkušené terapeuty, aby dělali supervizi frekventantům výcviku, je nedostačující. Dobrý terapeut nemusí nutně být dobrým supervizorem, i když častěji tomu tak je.² Obzvláště problematické je to v KBT, která prodělává velmi rychlý rozvoj a celosvětový boom a integruje se s jinými přístupy, které dříve byly vnímány jako přinejmenším odlišné, cizí nebo nevědecké (např. gestalt-terapie, terapie zaměřená na člověka, existenciální terapie, psychodynamická psychoterapie, mindfulness apod.). Supervizor potřebuje systematický výcvik v supervizi a další kontinuální vzdělávání. Základní rozdíl mezi supervizí a terapií: (a) supervize je proces edukativní, terapie je proces léčebný; (b) v supervizi pravdu můžeme přímo sdělit v rámci zpětné vazby, v terapii pravdu klient postupně odhaluje; (c) v supervizi se ptáme, zda o kritiku supervidovaný stojí, v terapii musíme být s kritikou velmi opatrní a raději nekritizujeme; (d) v supervizi rozvoj hlubšího přenosu nepodporujeme (ale může vzniknout), v terapii přenos očekáváme a můžeme jej využívat terapeuticky.

V České republice byl založen Český institut pro supervizi (ČIS), vycházející ve výcviku supervizorů zejména z transakční analýzy a psychodynamických přístupů. Snaží se o integrované pojetí supervize. Tato snaha je užitečná pro řadu psychoterapeutických přístupů, může pomoci i při supervizi KBT terapeutů, aby byli schopni vidět svoji práci z různých úhlů, nicméně pro supervizi vedení případů v KBT nedostačuje. Východiska a důrazy moderní kognitivně-behaviorální teorie i praxe v této integraci zahrnutý nejsou. Proto KBT institut Odyssea a Slovenský ABC institut vytvořily vlastní program výcviků supervizorů v kognitivně-behaviorální terapii, který se hlásí k filosofii Evropské asociace pro behaviorální a kognitivní terapii. Porovnání KBT supervize se supervizí v jiných směrech přesahuje možnosti tohoto textu. Stručně se dá konstatovat, že i když podob se supervizí v jiných terapeutických modalitách je mnoho, zejména zaměření na terapeutický vztah, přenos, protipřenos a růst kompetencí terapeuta, je s KBT supervizí neodmyslitelně spjaté pečlivé zaměření na behaviorální, kognitivní a funkční analýzu problémů klienta i supervidovaného, konceptualizaci případu, individualizovanou volbu terapeutických strategií a terapeutovy praktické dovednosti.

CÍLE SUPERVIZE V KBT

Supervize v kognitivně-behaviorální terapii (KBT) je chápána jako systematická spolupráce supervidovaného se supervizorem zaměřená na zvýšení terapeutických kompetencí terapeuta při práci s konkrétními klienty.³ Prvotním účelem supervize je zvýšení hodnoty terapeutického procesu v nejlepším zájmu klienta. Terapeut se v supervizi učí pracovat na změně postojů, emocí či chování klienta v co nejméně stresujícím, adaptivním a funkčním procesu. Součástí supervize je proto zaměření na růst super-

vidovaného v dovednostech chápat, aktivně řešit i emocionálně přiměřeně prožívat terapeutickou práci i sebe sama v roli terapeuta. K naplnění tohoto cíle však supervize potřebuje pomoci zvýšit terapeutovy kompetence, tj. zdokonalit znalosti, schopnosti a dovednosti, naučit ho rozumět vlastním reakcím, zvýšit svoji sebedůvěru. Dalším úkolem supervize je naučit terapeuta mít ohledy na své možnosti, uvědomovat si také své limity a naučit se pracovat způsobem, který mu pomůže, aby během práce s pacienty nevyhořel. Pro vedení supervize by měl supervizor umět:⁴ (a) konzultovat a usnadňovat (facilitovat); (b) monitorovat administrativní aspekty (vedení záznamů); (c) vytvořit vztah usnadňující učení; (d) vyučovat, rozvíjet a upevňovat; (e) posílit samostatnou schopnost objevovat a volit; (e) hodnotit proces a alternativy rozhodování; (f) monitorovat profesionální etické problémy; (g) poskytovat expertizu.

OBSAH SUPERVIZE

Obsahem supervize jsou problémy a vztahy klienta, skupiny, organizace, vztah terapeut–klient či terapeut–skupina, terapeut–organizace, vztahy mezi terapeuty a také vztah supervizor–supervidovaný.^{3,4} KBT supervize je založena na stejných principech jako KBT, kdy v supervizi jsou využívány základní postuláty teorie učení, jako je klasické a operantní podmiňování, kognitivní učení a sociální učení.^{5,6,7} Supervize procesu terapie znamená zaměření supervizora zejména na identifikovatelné chování terapeuta a jeho dynamiku a na zprostředkující kognice, emoce, tělesné reagování a hlubší postoje, které se týkají klienta a celého kontextu terapie. Obsahem supervize může být:^{3–8}

- porozumění případu a jeho konceptualizace;
- volba terapeutických strategií logicky vyplývajících z konceptualizace případu;
- zvědomění kritických momentů, uvolnění bloků a slepých míst terapie;
- porozumění terapeutickému vztahu a jeho budování s konkrétním pacientem;
- vyjasnění si hranic svých kompetencí a ujasnění si vlastních limitů;
- porozumění kontextu, ve kterém terapie probíhá;
- ujasnění si protipřenosu v myšlenkách, emocích, tělesných reakcích, chování a postojích;
- zvýšení znalostí;
- zvýšení povědomí o etických otázkách terapie;
- rozvoj specifických terapeutických dovedností;
- podpora autonomie terapeuta;
- starání se o sebe sama – prevence vyhoření.

ÚKOLY SUPERVIZORA

Úkolem supervizora je najít rovnováhu mezi podporou zkušenosti supervidovaného a nutnými změnami v jeho terapeutickém porozumění tak, aby:^{6,7}

- byl vytvořen dobrý supervizní vztah, ve kterém terapeut cítí podporu, přijetí a ocenění;
- bylo hledáno řešení problémů klienta;
- došlo k přirozenému učení se novým dovednostem;

- došlo ke zvyšování odborné kompetence terapeuta;
- došlo k nenásilné úpravě neproduktivních stereotypů;
- byly povzbuzeny terapeutovy silné stránky;
- byly pojmenovány a zvědoměny nevědomé procesy terapie;
- byla zvyšována schopnost sebereflexe a reálného sebehodnocení;
- byl vytvořen prostor pro rekontraktaci původní zakázky i pro nedorozumění a nesouhlas bez mocenských dopadů;
- byl podpořen vlastní individuální styl terapeuta;
- došlo k pojmenování rizik v obtížných terapeutických situacích;
- byla věnována pozornost etickým dilematům, hranicím, distribuci moci a odpovědnosti;
- bylo sníženo riziko poškození klienta i terapeuta;
- došlo ke snížení rizika vyhoření;
- byla reflektována schopnost ošetření vlastních zranění včetně péče o sebe sama a odmítnutí nepřiměřených očekávání a nároků.

Supervizor může být pro supervidovaného také v řadě aspektů vzorem, jak se chovat ke klientovi, proto by chování supervizora mělo obsahovat vzory a modely požadované od terapeuta, jako jsou respekt, bezpečí, přijetí, empatie, povzbuzování a oceňování, kongruence, schopnost nahlížet na skryté kontrakty a nabídnout je terapeutovi i ke zvážení dalších možných řešení, přímočarost a optimismus při chování k druhým lidem.⁹ Vzorem se supervizor také může stát v podpoře svobody a tolerance pro individuální odlišnosti a styly. Úlohou supervizora však není jen supervidovaného uklidnit v bezpečném prostředí supervizního vztahu a umožnit prožít přijetí a ocenění, ale také stimulovat ho k hledání, poskytnout výzvu a poskytnout i negativní zpětnou vazbu způsobem, který je více podněcující než kritický.¹⁰

ETIKA SUPERVIZE

Pojem „supervizor“ je snadno asociován s představou jakési nadřazenosti někoho, kdo je „nad“ terapeutem, někoho, kdo je lepší, má moc, kontrolu, znalosti a kompetence, které přesahují terapeuta. To vede ke strachu ze supervizora jako autority, která hlavně hledá chyby, upozorňuje na nedostatky a terapeuta zahanbuje. Nebo naopak někoho, kdo všechno ví a odpoví na všechny otázky, umí vyřešit všechny problémy. Pokud něco takového supervizor naznačuje, pak má etické zásady, které jsou pro supervizi důležité. Supervizor není „nad“ supervidovaným, ale společně pracují na hledání nejlepší cesty pro klienta. Supervidovaný má mít možnost prezentovat svoje chyby, nejistoty, postoje bez toho, aby se obával zahanbení. Základní atributy etiky supervize jsou:

► Užitečnost a blahodárnost pro supervidovaného či klienta

Supervize by měla přispívat k tomu, aby terapie byla užitečná a efektivní pro klienty. Dobře léčení klienti, zbavení svých problémů, jsou nejlepší vizitkou terapeuta a supervize na tomto výsledku může mít nemalý podíl. Nevyhořelý terapeut, spokojený se svou prací, kterou

vykonává blahodárně pro svého klienta, je cílem, ke kterému významně může přispět jeho supervizor.

► V prvé řadě neškodit

Klient není pokusným objektem svého terapeuta, stejně jako terapeut není pokusným objektem svého supervizora. Supervize má probíhat vždy se zřetelem k možným nebezpečím citového nebo zdravotního poškození některého ze zúčastněných. Jedním z nejčastějších zdrojů poškození je nerefléktovaný protipřenosový vztah, zejména když se v něm objeví nadměrná kritika, značkování, hněv, odmítání, emoční kořistění, překračování hranic, míšení rolí.

► Výstižnost, přesnost (věrnost kontraktu)

Terapeut se supervizorem navazují na počátku supervize kontrakt, který by měl být věcný, konkrétní, vystihující potřeby terapeuta a přitom pečující o potřeby pacienta a supervizora. Zakázku vyslovuje terapeut a supervizor mu pomáhá ji upřesnit a formulovat, eventuálně zvědomit skrytou část zakázky. Zakázka by však vždy měla vyplývat z potřeb terapeuta. Během supervizního setkávání se může kontrakt i několikrát reformulovat a precizovat.

► Spravedlnost mezi terapeutem a klientem (nenechat se zneužívat)

Pokud je zřejmé, že dochází k jakémukoliv zneužívání klienta, supervizor na ně poukáže a poskytuje negativní zpětnou vazbu. Supervizor by měl pomoci terapeutovi ujasnit si hranice terapeutického vztahu a pomoci také v případě, že jej klient zneužívá. K vytváření etické citlivosti patří rozvoj kritického vědomí o dopadech terapeutova chování na klienta, odvaha k uskutečnění etických rozhodnutí a jejich dotahování do konce i při překonávání odporu vnějšího (například zistný zájem organizace, manipulace rodiny) nebo vnitřního (například protipřenosu, strach z odmítnutí, potřeba imponovat apod.). Sám supervizor dbá na hranice supervizního vztahu a nenechá se vmanévrovat do přebírání odpovědnosti za rozhodování terapeuta. Supervizor nesmí zneužívat svoji moc nad terapeutem pro vlastní prospěch.

► Autonomie a právo volby

Supervize nemůže být supervidovanému vnucována nebo diktována, má možnost své svobodné volby.^{9,10} Terapeut má právo svobodné volby svého supervizora a supervizor má právo svobodné volby, zda daného frekventanta nebo terapeuta bude supervidovat.

► Zájem o sebe, uvědomění si vlastních potřeb, umění posoudit, co lze unést a co ne

Stres terapeutů přichází nejen od klientů, ale může souviset s postoji, nároky na sebe, s organizací i se samotnou supervizí. Nerealisticky vysoká očekávání mohou vytvářet úrodnou půdu pro pozdější deziluzi. Supervize by měla pomáhat chránit před vyhořením. Je velmi důležité, aby se terapeut naučil přebírat zodpovědnost za to, že si bude všimnout vlastního přetížení, nenaplněných potřeb, a naučil se posoudit, co ještě může unést a co už nikoliv.

KOMPETENCE KBT TERAPEUTA

Supervize se zaměřuje na růst kompetencí terapeuta. Uznání kompetencí terapeuta v kognitivně-behaviorální terapii předpokládá dobrou znalost teorie, profesionalitu v chování ke klientovi, dovednost používat specifické

Tab. 1. **Základní a specifické kompetence v KBT**

	DOVEDNOSTI	POSTOJE	ZNALOSTI
ZÁKLADNÍ KOMPETENCE	<ul style="list-style-type: none"> • vytváření bezpečné atmosféry • empatické naslouchání • validizace pacientových emočních stavů • posilování klienta • zvyšování motivace • kongruence • sebereflexe • posilování naděje • vedení relaxace 	<ul style="list-style-type: none"> • dobrý vztah k lidem • lidskost, laskavost, tolerance • optimismus • houževnatost • odolnost vůči stresu • zvědavost • potřeba seberozvíjení 	<ul style="list-style-type: none"> • znalost psychopatologie • diagnostika a diagnostická kritéria • přehled o psychologických teoriích osobnosti a psychopatologie • znalost základních psychoterapeutických škol, jejich teorií a praktických postupů • indikace klienta pro psychoterapii
KOMPETENCE SPECIFICKÉ PRO KBT	<ul style="list-style-type: none"> • pracovat v KBT modelu založeném na konceptualizaci případu a umět jej sdílet s klientem • konkretizovat s klientem jeho problémy a cíle v terapii • schopnost vést terapeutické sezení strukturovaně (psychoedukace, hodnocení, měření, • sestavování plánu, zpětná vazba, zadávání a probírání domácích úkolů apod.) • vedení klienta při plánování aktivit a strukturování času • identifikace a zvědomění automatických myšlenek s klientem, vedení sokratovského dialogu, přerámování, užívání záznamu automatických myšlenek • provádět s klientem behaviorální experimenty • připravit a vést expoziční léčbu (edukace, vytváření odstupňovaných kroků, facilitace klienta, zaplavení, expozice v imaginaci, interoceptivní expozice, expozice se zábranou odpovědi) • identifikace a akomodace kognitivních schémat • zpracování traumatických emocí • komunikační dovednosti vlastní i vedení klienta při nácviu komunikačních dovedností a asertivity • řešení problémů s klientem 	<ul style="list-style-type: none"> • vědeckost a objektivita • cílevědomost a plánovitost • systematicčnost 	<ul style="list-style-type: none"> • porozumění teorii učení a jednotlivým metodám používaným k dosažení změny myšlení, postojů, chování, emocí i tělesných reakcí • porozumění KBT modelu u jednotlivých poruch (deprese, jednotlivé úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, somatoformní poruchy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, psychózy, partnerské problémy atd.)

terapeutické strategie k udržování terapeutického vztahu a k dosažení změny a dodržování etických norem.^{4,11} Supervidovaný by měl ovládat specifické přístupy, které umožňují udržovat dobrou pracovní alianci s klientem, a zároveň používat na standardní úrovni strategie umožňující léčebnou změnu.¹² Citlivé vyvažování mezi bezpečím a změnou patří mezi nejdůležitější dovednosti kvalitního terapeuta a nejde naučit se je podle manuálu. Mezi základní terapeutické dovednosti patří dovednost konceptualizace případu, vytvoření a udržování terapeutického vztahu, stanovení hranic, naslouchání, podpora vyjádření emocí a jejich kultivace, posilování klienta, odolnost a vytrvalost, zvládání komplikací a konfliktů, realizace strategií potřebných pro změnu.^{3,11} Čtyři základní kompetence v psychoterapii, popsané Rodolfem et al.¹³ – vztah, konceptualizace případu, intervence a sebereflexe – jsou patrně klíčové pro většinu terapeutických přístupů včetně kognitivně-behaviorální terapie:

Terapeutický vztah je základem pro terapii, bez jeho pevného ustanovení nejsou možné specifické terapeutické intervence. Předpokládá to schopnost se smysluplně a efektivně vztahovat k jednotlivci, skupinám nebo rodině a vyžaduje to dovednosti: (a) vytvořit terapeutickou alianci – bezpečnou atmosféru (naslouchat, reflektovat, posilovat, udržovat naději, stenizovat apod.); (b) titrovat úzkost klienta tak, aby umožňovala spolupráci, ale byla použita ke změně ve smyslu stanovených cílů; (c) pomoci klientovi stát se otevřeným, důvěřovat a vystavit se obtížným úkolům; (d) zároveň je terapeut vzorem, jak se otevřeně, laskavě a tolerantně vztahovat k lidem.

Orlinsky et al.¹⁴ v metaanalýze stovek studií psycho-terapeutického procesu došli k závěru, že dobrý vztah

psychoterapie je významnějším prediktorem pozitivního výsledku terapie než jakákoliv jiná terapeutická proměnná či strategie. Zajímavé je, že to, co klienti vnímali jako důležité u terapeutů úspěšných v léčbě, byla zkušenost, pozitivní orientace, dobrá spolupráce, důraznost, důslednost a kongruence.

Konceptualizace případu je dovednost, jejíž základ vzniká na základě studia teorie, ale rozvoj je možný pouze skrze praktickou zkušenost práce s klienty, kterou nejvýznamněji rozvíjí systematická supervize.⁶ Adekvátní diagnostika a konceptualizace případů znamená nejen rozumět aktuální situaci v intencích spouštěčů, myšlenek, emocí, tělesných reakcí, chování a důsledků, včetně udržovacích a modifikujících faktorů (aktuální průřezový model), ale porozumět i vzniku jádrových schémat a podmíněných přesvědčení klienta (vývojový model), která vyrůstají z jeho životního příběhu.⁷ Tato schémata pak vedou k vytváření kompenzatorních a vyhýbavých strategií v chování klienta k sobě i druhým, včetně terapeuta, a mají vliv na symptomatické chování, zvládání životních situací a rozvíjení klientových vztahů. Kompetence konceptualizace případů se pak projevuje v dovednostech, jako je hodnocení fenoménů, vytváření smysluplných hypotéz, schopnost integrace materiálu, schopnost tázat se bez podsouvání významu apod.).

Intervence v terapii vycházejí z konceptualizace případu. Intervence jsou navrhovány tak, aby zmírnily utrpení klienta a podpořily jeho zdraví, upravily jeho vztahy k prospěchu jeho samotného, ale také jeho rodiny a širšího okolí. Ke kompetenci adekvátního výběru intervencí patří posouzení vhodnosti intervence v dané situaci, zkušenost s intervencí, hodnocení její efektivity, schopnost anticipo-

vat překážky a vytvářet postupy k jejich překonání. Přiměřená volba terapeutických intervencí vyžaduje průběžný růst terapeutických dovedností, kam patří seznamování se s novými poznatky oboru, s pokroky v terapii, etické a právní normy, rozlišování individuálních a kulturních rozmanitostí.^{15,16}

Sebereflexe je komplexní, vysoce rozvinutý proces, do kterého patří vlastní kognice a postoje terapeuta, jeho emoce, tělesné reakce a chování související s klientem a terapií. Hluboká sebereflexe propojuje aktuální terapeutovo prožívání s jeho osobními postoji, jádrovými schémata a podmíněnými předpoklady. Z KBT pohledu sebereflexe vyžaduje:^{17,18}

- vyvinuté schopnosti zachytit, pozorovat, přemýšlet o tom, co terapeut sám prožívá;
- terapeutické využití vlastního myšlení, emocionálních, tělesných a imaginativních zážitků;
- schopnost odstupe od sebe, vyznání se ve vlastních emocích, schopnost být pravdivý k sobě samému a nenalhávat si, ochota přiznat vlastní nedostatky a slepá místa;
- schopnost unést kritiku a poučit se z ní, ochota nechat se supervidovat;
- touha po dalším porozumění své roli v terapii konkrétního klienta.

Z hlediska kompetencí můžeme mluvit o *základních kompetencích*, které jsou očekávány u každého terapeuta, nezávisle na směru, ve kterém je vycvičen, a o *specifických kompetencích*, typických pro KBT. Tyto kompetence se projevují v dovednostech, postojích a znalostech.

STADIA SUPERVIZE FREKVENTANTŮ KBT VÝCVIKU

Proces supervize je dynamický proces – může podléhat změnám, zvrátům a určitě se v průběhu supervize vyvíjí, probíhá od jednodušších kroků ke složitějším. Supervize musí brát ohled na to, kde terapeut ve svém vývoji a výcviku je, co se mohl naučit a co zatím nikoliv. Na počátku se supervidovaný učí základnímu porozumění klientovi, analýze jeho problémů, behaviorální, kognitivní a funkční analýze, historické konceptualizaci případu a následnému výběru terapeutických strategií. Supervizor se v tomto období zaměřuje na základní dovednosti terapeuta a pomáhá mu tvořit vlastní terapeutickou identitu. Terapeut v té době má pracovat s jednoduchými pacienty se šancí krátkodobé terapie, s obtížnými pacienty by zatím psychoterapeuticky pracovat neměl, protože na to nemá dost zkušeností. Supervizní sezení by měla být strukturovaná, jasná, didaktická a velmi podporující. V průběhu terapeutického zrání supervidovaného se náročnost supervize zvyšuje, časté je hraní rolí, práce s terapeutickým vztahem a protipřenosovými reakcemi. Terapeut se postupně učí porozumět širším souvislostem terapeutického vztahu ve vztahu ke kontextu a historii pacienta i své vlastní a zpracovává protipřenosové reakce.^{12,19} Didaktická role supervize ustupuje, používá se řízené objevování, hraní rolí, imaginace, práce s vlastními postoji. Ve svobodném

duchu je vedena i supervize vycvičených terapeutů, kteří přicházejí do supervize z potřeby vlastního růstu. Formát pokročilé supervize je plně na dohodě zúčastněných, supervidovaný sám přichází s formulovanou zakázkou.

STRATEGIE KBT SUPERVIZE

Mezi nejdůležitější strategie KBT supervize patří následující:

- **Vytvoření kontraktu** – supervidovaný a supervizor vytvářejí dohodu o supervizi (zakázku). Potřebují se shodnout na základních otázkách, o čem supervize bude, jaké jsou potřeby terapeuta a jaké možnosti supervizora. Supervizor se zpravidla ptá na následující okruhy:

S jakým problémem do supervize přicházíte?
Co ode mne potřebujete? Jak byste formuloval svoji zakázku?
- **Stanovení problémů a cílů** – podobně jako v terapii supervizor se supervidovaným stanovují konkrétní problémy a cíle supervize. Supervidovaný má někdy potíže formulovat problémy a cíle, zejména pokud není příliš zkušený nebo pokud je práce s klientem komplikovaná, neví, jak případu rozumět, nebo se nevyzná v tom, co se v terapii děje. Úkolem supervizora je pomoci supervidovanému terapeutické problémy formulovat a konkretizovat také, co od supervize čeká. Typické induktivní otázky mohou být následující:

Jaký má tento problém pro vás význam? Jaké má důsledky pro vaši práci s klientem nebo pro vás samotného?
Mohli bychom zakázku formulovat co nejkonkrétněji? Jaký by měl být pro vás výsledek?
- **Ujasnění si očekávání a odpovědnosti** – ruku v ruce se stanovením problémů a cílů probíhá ujasnění si očekávání a odpovědnosti jak za supervizi, tak za práci s klientem. Supervizor už na počátku zjišťuje očekávání supervidovaného pomocí otázek typu: „V čem vám mohu být prospěšný? Co od supervize očekáváte?“ Práce s klientem je odpovědností terapeuta, není možné ji převádět na supervizora (ani podle zákona), protože jeho hlas v terapii není řídicí, ale poradní. Je důležité, aby supervizor nebyl vmanévrován do přebírání odpovědnosti za rozhodování terapeuta. V případě, že se terapie pod supervizí nedaří, je namístě zvážit doporučení klienta k jinému terapeutovi. Není vhodné, aby v tomto případě klienta přebíral supervizor. Supervizor si společně s terapeutem ujasňují hranice supervizního vztahu.
- **Aktivní naslouchání** – znamená porozumět kontextu terapeutické i supervizní situace a reflektovat ji, chápat emoce, které supervidovaný prožívá. Supervizor více naslouchá, než mluví, a nechá supervidovanému dost času k tomu, aby mohl vyjádřit, jak rozumí svému pacientovi, co se v terapii děje, co sám prožívá a cítí. Ve vhodné dobu se pak supervizor začíná ptát na další okolnosti a pomocí induktivních otázek pomáhá odhalovat další souvislosti.
- **Zpětná vazba** – poskytování zpětné vazby může vést k řadě negativních pocitů na obou stranách, přestože jde o důležitou součást supervize. Jak pozitivní,

tak i negativní zpětná vazba mohou vyvolávat obranné postoje u obou zúčastněných: pozitivní z pocitu „nebýt pyšný“ nebo „aby nebyl nafoukaný“, negativní může oživovat v supervidovaném zážitky kritiky z dětství, v supervizorovi obavu, aby neztratil dobrý vztah s terapeutem. Základní zásadou je poskytování zpětné vazby v první osobě: „Zaujalo mě... Mně připadá... Mně se líbí/nelíbí... Mám radost, že...“ apod. Vhodné je vyvažování pozitivní a negativní zpětné vazby, přičemž pozitivní zpětná vazba by měla převažovat. Pravidelné otevřené podávání zpětné vazby by proto mělo být prodiskutováno už v kontraktu. U pozitivní zpětné vazby je pravidelnost důležitá pro povzbuzení terapeuta, které by mělo být systematické. Pravidelnost je důležitá také pro negativní zpětnou vazbu, aby nedocházelo k napětí z jejího očekávání u supervidovaného ani ke kritickému přetlaku u supervizora. Zpětná vazba by vždy měla být konkrétní tak, aby ji příjemce mohl jednoznačně pochopit. Z obecného pozitivního hodnocení si supervidovaný neodnese prakticky nic, z obecného negativního hodnocení maximálně zranění, které budí jeho obavu z další supervize.

- Vyjadřování respektu** – supervizor by měl vždy respektovat supervidovaného a obracet se k němu jako k partnerovi. Proto ironie, bagatelizace, shazování, výčitky, moralizování a vyvyšování se do supervize nepatří. Vyjadřovaný respekt posiluje v supervidovaném sebeúctu. Je pak schopen převzít více odpovědnosti, protože si věří. Součástí je uznání legitimacy pocitů nebo problémů supervidovaného. Dalším důležitým projevem respektu je zdůrazňování, že terapeutovo vlastní rozhodování je nejdůležitější. Je to jeho svoboda, zda něco řekne, udělá nebo změní. Věty typu „Navrhuji vám to zkusit. Pokud se pro to rozhodnete, dělejte to svým tempem, způsobem, který vám vyhovuje...“ působí někdy jako vzpruha pro terapeutovo sebevědomí. Je to on, kdo bude o jednotlivých krocích rozhodovat, do ničeho ho nebude supervizor nutit, protože terapeut je svébytná bytost, zasluhující úctu a respekt. Pokud supervizor necítí respekt k supervidovanému jako terapeutovi i jako člověku, je namísto zabývat se vlastním protipřenosem, protože supervidovaný jeho vnitřní postoj velmi pravděpodobně vycítí.
- Pozitivní posilování supervidovaného** – supervidovaný v supervizorovi nachází člověka, který je akceptující a zajímá se o něj a jeho terapie. Supervizor projevuje svůj zájem o terapeuta i tím, že si pamatuje společnou konverzaci, co terapeut řekl, zná jeho postoje a přednosti. Jednou z činností supervizora je hledání příležitosti k upřímné pochvalě. Pochvala, ocenění a povzbuzení mohou mít přímý účinek na terapeutovy pocity sebevědomí. Přímé pozitivní výroky mohou být velmi účinné z úst autority, kterou supervizor zpravidla je. Terapeuti chtějí věřit, že jejich úsilí je k něčemu. Pochvala, uznání a ocenění mohou působit jako posilnění adaptivnějšího chování i spolupráce, pokud je supervidovaný pokládá za zasloužené. Naopak pokud jsou vnímány jako nezasloužené, mohou způsobit pocity ponížení. Manipulativní pochvalu terapeut rozezná a pokládá za falešnou, což narušuje supervizní vztah. Neupřímná pochvala je horší, než kdybychom neřekli nic.
- Kognitivní restrukturalizace** – kognitivní restrukturalizace, která patří k běžným strategiím při práci s klienty, je používána také v supervizi. Vést terapeuta pomocí kognitivní restrukturalizace může však být někdy ošemetné, mohlo by to v něm vyvolat pocit, jako by s ním supervizor jednal jako s klientem, kterým se necítí. Nicméně v situacích, kdy je terapeut zaslepen jednostranným pohledem na problém nebo hodnotí situaci s klientem extrémně či jsou patrné zjevné kognitivní omyly, je použití kognitivní restrukturalizace namístě. Sokratovský dialog, jako nejčastější forma kognitivní restrukturalizace v supervizi, je založen na předpokladu, že klient změní svoje přesvědčení rychleji a kompetentněji, když zjistí omyly ve svém uvažování sám. Kognitivní restrukturalizace může pomoci zejména tam, kdy se terapeut cítí v bezvýchodné situaci, nebo když si není vědom protipřenosu. Při použití kognitivní restrukturalizace při supervizi je vhodné nejdříve proces kognitivní restrukturalizace normalizovat, někdy pomůže humor: „Schválně, zkusme něco, co děláte pravidelně s klienty, podívat se na pro a proti tomuto pohledu. Co tomu říkáte, můžeme to zkusit?“
- Rízené objeovávání** – tato strategie, často používaná při práci s klienty, je relativně často užívána i u supervize. Místo toho, aby supervizor supervidovanému sděloval fakta, pomáhá mu je pomocí otázek objevit. Podobně jako v terapii jsou k tomu používány induktivní otázky, např.: „Máte dojem, že to může nějak souviset...?“, „Když připustíme, že je tomu tak, jak říkáte, a zároveň platí, co jste řekl před chvílí, někam to celé směřuje... co si o tom myslíte?“, „Napadá mě, jak se v tom asi cítí manželka pacienta, co si o tom myslíte?“ apod.
- Práce s postoji** – podobně jako kognitivní restrukturalizace se používá jen zřídka a musí být zakázkou supervidovaného. Při práci s hlubšími postoji (jádrovými nebo podmíněnými schémata) se totiž dostáváme do těsné blízkosti osobní psychoterapie, kde snadno můžeme překročit hranice supervize. Práce s postoji je však namísto tehdy, když supervizor vidí, že terapeut dělá opakované chyby ve vztahu k pacientovi nebo se dostává do podobné protipřenosové situace, se kterou si neví rady. Supervizor má možnost v takové chvíli doporučit práci s postoji do psychoterapie, nebo může nabídnout práci na postojích, které se promítají do terapeutické praxe.
- Hraní rolí** – hraní rolí pomáhá supervizorovi zpřítomnit určitý moment terapie a posoudit a dále modelovat terapeutické dovednosti. Pro hodnocení terapeutických dovedností je hraní rolí strategií nejdůležitější. Zpravidla supervizor nebo jiný supervidovaný (při skupinové supervizní práci) hraje pacienta a terapeut je sám sebou a přehrávají důležitý moment psychoterapeutického sezení. Supervizor nebo spolusupervidovaný mohou hrát klienta v různých situacích, je možné také role obrátit, kdy terapeut hraje svého klienta. Obrácení role někdy nabídne novou rovinu porozumění, co se s klientem v terapii děje. Ve skupině je možné hraní role obohatit o další přístupy, jako je „dvojník“ („alter ego“).
- Modelování, řetězení, učení nápodobou** – po přehrání situace při hraní rolí je možné postupně terapeutickou situaci modelovat, hledat optimální alternativu a vždy

uvažovat, nakolik se v ní terapeut cítí přirozeně a jak se bude cítit klient. Modelování umožňuje „učení se v akci“ a přináší zpravidla terapeutovi mnohem více než samotné vysvětlování nebo zpětná vazba. Složitější situace je možné modelovat po velmi krátkých úsecích a pak je teprve zřetězit dohromady. Supervizor může situaci přehrát také a být terapeutovi vzorem.

- **Řešení problémů** – většina supervizí je vlastně řešením problémů o různé obtížnosti. Zpravidla však při supervizi nejsou explicitně používána všechna pravidla řešení problémů. K práci se složitým případem může supervizor se supervidovaným formálně přistoupit pomocí strukturovaného řešení problémů, podobně jak se tomu děje v terapii. Tzn., že si konkrétně definují problémy a cíle, pak monitorují problémovou oblast, aby upřesnili údaje, provádějí společně brainstorming možných řešení včetně fantazijních, pak vybírají nejvhodnější řešení, naplánují způsoby hodnocení, kroky a odměny. Následuje aplikace plánu do terapie a hodnocení jeho efektivity.
- **Domácí úkoly** – běžnou součástí supervizní práce bývá zadávání domácích úkolů. Ty se mohou týkat vlastního vedení klienta (např. všimnout si na vlastní nahrávce, jak často klienta terapeut posiluje a jakým způsobem, a v případě, že je to zřídka, ujasnit si místa, kde by posílení bylo vhodné), práce na sobě (např. ujasnění si zážitků a postojů, které vedou k protipřenosu u konkrétního klienta, uvědomění si, u kterých dalších klientů se to může objevovat také) a teoretického studia (supervizor může doporučit terapeutovi, aby si přečetl určitý odborný text, který mu může pomoci lépe porozumět klientovi a pracovat s ním).

TECHNIKY KBT SUPERVIZE

Možností, jak provádět KBT supervizi, je celá řada a užívá se k tomu mnoho strategií. Nejčastěji je supervize prováděna individuálně při kontaktu supervizora se supervidovaným, ale relativně častá je také supervize ve skupině, která může být organizována jako individuální supervize před skupinou (supervizor provádí supervizi studenta v kruhu skupiny) nebo jako skupinová supervize, kde je do procesu zapojena od počátku celá skupina studentů a supervizor proces skupinové supervize řídí a souhrnně uzavírá. Technicky supervize nejčastěji probíhá jako:

Supervize případu, který supervidovaný prezentuje před supervizorem či skupinou – jde o nejběžnější přístup, kdy terapeut sděluje zakázku, popisuje problémy v terapii a supervizor pak pomocí induktivních otázek, zpětné vazby, hraním rolí, imaginace či dalších strategií pomáhá terapeutovi hledat řešení. Výhodou bývá dostatek času, možnost pomocí hraní rolí situaci modelovat; nevýhodou fakt, že pracujeme s terapeutovou verzí či stylizací, nikoliv s reálnou terapeutickou situací a praktické dovednosti v komunikaci s konkrétním pacientem nemůžeme hodnotit.

Písemná supervize popsaného případu – komunikace pomocí e-mailů. Mezi setkáními supervidovaného se supervizorem je možné komunikovat o terapii pomocí e-mailů. Takto jde probírat se supervizorem prakticky

každé sezení ihned po jeho ukončení, i když je supervizor místně vzdálen. Výhodou je možnost formulovat prožité do vět a reflektovat je s odstupem, možný rychlý kontakt se supervizorem, supervize může být kontinuální po celou dobu terapie, nevýhody jsou podobné jako u přímé supervize, navíc chybí možnost si situaci přehrát.

Supervize hraním rolí – je popsána v předešlé části. Její největší výhodou je možnost vidět, jaké má terapeut praktické dovednosti, a možnost je dále rozvíjet pomocí modelování, řetězení nebo imitace.

Supervize audionahrávky – pokud supervidovaný přináší nebo posílá supervizorovi audionahrávky sezení, proces supervize se výrazně zkvalitňuje, protože supervizor může přímo posoudit interakci terapeuta s pacientem. Nahrávky je možné dělat kontinuálně a většina klientů s nahráváním za účelem supervize nemá problémy.

Supervize videonahrávky sezení – je pro supervizora ideální možností, jak nejen slyšet, ale i vidět supervidovaného v terapii. Nahrávku lze zastavovat, k důležitým úsekům je možné se opakovaně vracet, na základě zjištěného pak pomocí hraní rolí dále rozvíjet terapeutickou situaci. Nevýhodou je fakt, že někteří klienti s nahráváním nesouhlasí.

Bálintovská skupina – původně psychoanalyticky pojatý přístup vhodný pro supervizi terapeutického vztahu, je možné jej použít i při KBT supervizi, protože jeho postup a ideje prakticky odpovídají strategii řešení problémů. Skupina do 16 osob (nejlépe 8–12) si nejdříve vybírá z několika stručně nabízených jeden příběh, který bude supervidovat. Pak protagonista 15 minut mluví o problému, který s klientem má. Ve druhé 15minutové části se členové skupiny ptají protagonisty na další informace, které by měly doplnit jeho sdělení. V následujících 15 minutách skupina mluví o fantaziích, které má za klienta, terapeuta, ale i za další účastníky, jako je rodina klienta, terapeuta, lidé na pracovišti apod. Tyto fantazie jsou jakýmsi „brainstormingem“ pohledů skupiny, přičemž žádný si neklade nárok na „plnou pravdu“. Ve čtvrté části pak členové skupiny 15 minut sdělují, co by dělali na místě terapeuta. Nakonec se terapeut dělí s ostatními o to, co mu připadalo důležité.

SUPERVIZNÍ VZTAH

Utváření vztahu supervizor–supervidovaný (supervizní vztah) je založen na podobných principech jako terapeutický vztah.^{4,9,12,17} Tento vztah v mnohém zrcadlí vztah terapeut–klient, větší důraz je však kladen na rovnost mezi oběma a na svobodu a samostatnost supervidovaného již od počátku supervizního procesu. Supervidovaný by podobně jako klient měl cítit bezpečí, porozumění, akceptaci a zároveň je podněcován k dalšímu diferencovanějšímu objevování souvislostí, dochází k řízenému objevování vlastního terapeutického procesu.^{3,7} Základem supervizního vztahu je jasný kontrakt, empatie, pozitivní posilování, důraz na charakteristiky vztahu. Podobně jako při práci s klientem podporujeme vlastní proces hledání. Aby byla supervize účinná, nemusí být za každou cenu objevená. Mnohdy stačí jen dobře odpracované reflektování vztahů klient–terapeut v rámci supervize, aby došlo

k žádoucí změně v terapii. V KBT supervizi není posilován přenosový vztah mezi supervizorem a supervidovaným. Přesto můžeme v supervizním procesu očekávat podobný vývoj jako ve všech ostatních vztazích. Objevují se obranné mechanismy, odpor, přenos a protipřenos, které mají tendence se vyvíjet, a je důležité, aby byly v supervizním vztahu reflektovány, protože tím se terapeut učí s nimi zacházet.^{3,20} Během supervize se proces jejího vedení může dostat do mnoha „pastí“. Nejdůležitější z nich jsou:

Umím to lépe: supervizor postupně převezme iniciativu a začne provádět svůj vlastní postup prostřednictvím supervidovaného. To supervidovaného zpravidla demoralizuje.

Soupeření se supervidovaným: soutěživost vyvolává u supervizora touhu ujmout se případu. Často se jedná o nevědomé dynamické procesy související s kompenzací supervizorových pocitů nedostatečnosti.

Ochránce: supervidovaný předkládá svůj materiál jako seznam omylů, chyb a proher. Supervizor snímá všechnu odpovědnost z terapeuta a bere ji na sebe.

Pasivní optimista: supervizor nechává vše plynout a jen potvrzuje a podporuje, obává se negativní zpětné vazby a svoje chování si racionalizuje.

ZÁVĚR

Supervize není terapie, i když si je s psychoterapií v mnohém podobná. Přestože je supervizní vztah podobný terapeutickému, potřebuje supervidovaný ke svému růstu také bezpečí, přijetí a ocenění, vztah je svobodnější. Aby supervize vedla k profesionálnímu růstu supervidovaného, měla by podporovat jeho osobitost a měla by pro něj být objevná. K tomu je používána v supervizi řada přístupů, které souvisejí se zvyšováním schopnosti sebereflexe a uvědomění si přenosových a protipřenosových mechanismů.

LITERATURA

1. Praško J, Mozny P, Vyskocilova J, Hoffmanova L, Slepěcký M. Odyssey – an international CBT institute. *Psicoterapie Cognitiva e Comportamentale* 2010; 16: 449–450.
2. Falender CA and Shafranske EP: Best practices of supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds). *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 3–16.
3. Linehan MM, McGhee DE. A cognitive-behavioral model of supervision with individual and group component. In: Greben SE and Ruskin R (eds): *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1994; 165–188.
4. Beck JS, Sarnat JE, Barenstein V. Psychotherapy-based approaches to supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds). *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 57–96.
5. Shafranske EP and Falender CA. Supervision addressing personal factors and countertransference. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 97–120.
6. Armstrong PV and Freeston MH. Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In: Bruch M, Bond FW: *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. Wiley, Chichester 2003; 349–371.
7. Persons JB: *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. Guilford Press 2008.
8. Waltz J, Addis M, Koerner K, Jacobson N. Testing the integrity of a psychotherapy protocol assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 620–630.
9. Greben SE and Ruskin R: Significant aspects of the supervisor-supervisee relationship and interaction. In: Greben SE, Ruskin R (eds). *Clinical Perspectives of Psychotherapy Supervision*. American Psychiatric Press, Washington 1994; 1–10.
10. Hawkins P a Shohet R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál, Praha 2004.
11. Beitman B, Yue D. *Learning Psychotherapy: A Time-Efficient, Research-Based, and Outcome-Measured Training Program*. New York, Norton 1999.
12. Henry WP, Strupp HH, Butler SF et al. Effects of training in time-limited psychotherapy: changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 434–440.
13. Rodolfa E, Bent R, Eisman E, Nelson P, Rehm L, Ritchie P. A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Science and Practice* 2005; 36: 347–354.
14. Orlinsky D, Grawe K and Parks B. Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE and Garfield SL (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, NY 1994; 270–376.
15. Vargas LA, Porter N, Falender CA. Supervision, culture and context. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 121–136.
16. Koocher GP, Shafranske EP, Falender CA. Addressing ethical and legal issues in clinical supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 159–180.
17. Aubuchon PG and Malatesta VJ. Managing the therapeutic relationship in behavior therapy: the need for a case formulation. In: Bruch M, Bond FW: *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. Wiley, Chichester 2003; 141–166.
18. Kaslow NJ, Dunn SE and Smith CO. Competencies for psychologists in Academic Health Centers (AHCs). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2008; 15: 18–27.
19. Rodenhauer P. Psychiatry residency programs: trends in psychotherapy supervision. *Am J Psychother*. 1992; 46 (2): 240–249.
20. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, Slepěcký M, Vyskocilova J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers* 2010; 154: 189–198.