

PROTIPŘENOS V KOGNITIVNĚ- -BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A SUPERVIZI A JEHO ETICKÉ SOUVISLOSTI

souborný článek

Jana Vyskočilová¹
Ján Praško²
Michaela Novotná³

¹Fakulta humanitních studií,
Univerzita Karlova v Praze

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta,
Univerzita Palackého v Olomouci,
Fakultní nemocnice Olomouc

³Therapia Viva s.r.o. – soukromá
psychiatrická a psychoterapeutická
ambulance, Praha 2

Kontaktní adresa:

Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová
Fakulta humanitních studií UK
U Kříže 8
158 00 Praha 5
e-mail: vyskočilovajana@seznam.cz

SOUHRN

Vyskočilová J, Praško J. Protipřenos v kognitivně-behaviorální terapii a supervizi a jeho etické souvislosti

Etické otázky, které se týkají protipřenosu, bývají komplexní a zpravidla se dotýkají mnoha úrovní, jako je pomoc klientovi, jeho bezpečí, neškození a zneužívání, spravedlivost a dodržování důvěrnosti informací. Každý kontakt terapeuta s klientem má účinek terapeutický nebo antiterapeutický. Vztah terapeuta ke klientovi je ovlivňován přenosem a protipřenosem. Protipřenos v KBT terapii může nabývat řady podob. Eticky nejkontroverznější je překračování terapeutických hranic, které může nabývat závažnosti emočního, ekonomického nebo sexuálního zneužívání klienta.

Etické rozhodování patří mezi kompetence psychoterapeuta a supervizora a stává se důležitým motivem terapeutických kroků. Vyžaduje kromě dobré sebe-reflexe terapeuta i etickou reflexi, která zohledňuje širší sociálně psychologický kontext terapie.

Klíčová slova: protipřenos, kognitivně-behaviorální terapie, supervize, etika.

SUMMARY

Vyskočilová J, Praško J. Counter-transference in cognitive behavioral therapy and supervision and its ethical connections

Ethical issues concerning countertransference may be different, complex and touching many levels, concerning the assistance to the client, his/her safety, and no abuse, fairness and respect for confidentiality. Each contact between therapist and client has a therapeutic or anti therapeutic effect. Countertransference in CBT can take many forms. The crossing of the therapeutic boundaries is ethically controversial. The worst boundary crossing can be developed to the emotional, economic or sexual exploitation of the client.

The ethical decision-making skills of the psychotherapist and the supervisor become an important motive of the therapeutic steps. It requires a good therapist self-reflection and ethical reflection, which takes into account the wider social and psychological context of therapy.

Key words: countertransference, cognitive behavioral therapy, supervision, ethics.

ÚVOD

I v globalizované společnosti, kde navenek dochází ke stírání rozdílů mezi jedinci, uvnitř každého člověka zůstává skryta jeho individualita.¹ Při setkání dvou lidí se automaticky u obou účastníků objevují myšlenky a emoce, kterými hodnotí druhého i sebe sama. Pokud se člověk pokouší odhadnout, co se ve druhém děje a co od něj může očekávat, zpravidla vychází z minulé zkušenosti s podobnými lidmi v podobné situaci. Automatické hodnocení situace, vědomé i nevědomované, slouží našemu odhadu, co můžeme od druhého očekávat. Mluvíme o přenosu, nebo v případě terapeuta ke klientovi, o protipřenosu.² Tento odhad druhého může být v něčem realistický, v jiném zkreslený. V případě psychoterapie je snaha terapeuta porozumět tomu, jak se vztah utváří ze strany klienta a jak z jeho vlastní strany, a toto porozumění zahrnout do společné práce.^{3,4} Terapeut nepřemýšlí jen o klientovi, ale zároveň také o sobě a své účasti na vztahu. Mluvíme o sebe-reflexi v terapii. Porozumění klientovi (konceptualizaci případu), i sobě samému (sebereflexi) se terapeut učí během svého psychoterapeutického výcviku a prohlubuje v průběhu supervize, která mu pomáhá doplnit slepá místa.

Přenos byl původně zařazen mezi důležité složky terapeutického vztahu klasickou psychoanalýzou. V rámci psychoanalytického pohledu je terapeutický vztah souhrnem reálného vztahu dvou lidí, pracovního spojení, přenosu a protipřenosu.^{5,6} Při přenosu si klient promítá do svého terapeuta myšlenky a pocity, které mají kořeny v dřívějších postavách jeho života.⁷ Klient se vztahuje ke svému terapeutovi zčásti tak, jak se vztahoval k důležitým lidem v minulosti (nejčastěji k matce a otci). Protipřenos je naproti tomu charakterizován postoji, myšlenkami a pocity, které klient vyvolal v terapeutovi. Klasický přístup vymezoval protipřenos jako patologickou reakci terapeuta na klienta, která pramenila z terapeutových vlastních nevyřešených konfliktů. Byl chápán jako překážka léčby, kterou je třeba odstranit.² Později se ukázalo, že protipřenos je přítomen v každém terapeutickém vztahu. Přitom terapeutovy reakce na klienta mohou být cenným zdrojem informací, které lze účinně využít jako hybnou sílu léčby – to ovšem v případě, že terapeut sám prošel procesem sebepoznání a minimalizoval své vlastní „slepé skvrny“.⁸ Celostní pojetí dnes chápe *protipřenos* především jako úplnou odezvu (vědomou i nevědomou) terapeuta na klienta.^{9,10} Zvědomění a porozumění protipřenosu pomáhá terapeutovi, aby klientovi neškodil, a aby mu naopak mohl více pomoci, čímž se dotýká základních etických premis.¹¹

Řada odborníků na duševní zdraví je mylně přesvědčena, že analýza přenosu a protipřenosu je výsadou psychodynamických psychoterapií a do kognitivně-behaviorální terapie nepatří. Pozornost věnovaná emocionálním a kognitivním reakcím na klienta (či supervidovaného) je však zřetelná od počátku vývoje kognitivní terapie (obzvláště při supervizi práce s obtížnými klienty) a v poslední době narůstá.^{12–15} Nezasvěcené může mást, že zakladatel kognitivní terapie A. T. Beck nemluvil o přenosu, ale o „schematické reakci“. Chtěl zdůraznit, že si nevňásíme do nového vztahu přímo vztahové kvality původně patřící jiné osobě, ale spíše pravidla (očekávání, přesvědčení), která vznikla zobecněním důležitých vztahů (např. vztah k au-

toritám souvisí nejen s otcem a matkou, ale i se staršími sourozenci, učiteli, trenéry a dalšími osobami, se kterými se člověk setkal v podobné roli.^{16–18} Protipřenos jako reakce terapeuta navozuje řadu etických otázek, týkajících se pomoci klientovi, jeho bezpečí, neškození a nezneužívání, spravedlivosti a dodržování důvěrnosti informací.¹⁹ Jednoduché odpovědi, které poskytují etické kodexy, na tyto otázky odpovídají pouze v rámcové rovině. Pro kvalitní a eticky vedenou psychoterapii je potřebná schopnost sebereflexe a etické reflexe zachycující nuance, kontext a dynamiku psychoterapeutického procesu.^{20,21} Etické otázky však vyžadují také širší rámec; dotýkají se kromě psychoterapie také praktické filozofie, antropologie a etiky.^{1,22,23}

TERAPEUTICKÝ VZTAH A PROTIPŘENOS

Terapeutického efektu v psychoterapii je dosaženo tím, že klient začne svojí situaci nahlížet jiným způsobem a začne se podle toho i jinak chovat. Těchto změn je dosaženo tím, že v průběhu terapie mění své postoje, emoční reakce a chování. Klient má mít možnost svobodné volby, zda se určitou cestou dá či nikoliv.²¹ Touto cestou prochází sám, terapeut jej doprovází.²⁴ Terapeutický vztah poskytuje klientovi tzv. atmosféru bezpečného rizika. Je to prostor, ve kterém je možné hledat, přemýšlet, experimentovat i chovat se způsobem, který si dosud nedovolil.²⁵ Klient si může zkoušet nové chování, postoje a prožívání v prostředí, kde případný neúspěch neznamena selhání. Tomu napomáhá „jako“ charakter terapeutické situace, která však nespouští ze zřetele realitu.

Každý kontakt terapeuta s klientem má účinek terapeutický nebo antiterapeutický. V dobrém terapeutickém vztahu je ze strany klienta obsažena důvěra v terapeutovu kompetenci a morálku, ze strany terapeuta pochopení a přijetí klienta a úcta k němu. Klientova vnitřní i zevní aktivita se postupně stává stále více autonomní.⁴ Během psychoterapie dochází ke změnám. O některé z nich klient vědomě usiluje, některé pouze tuší a některé by si vědomě nepřál, jsou však důsledkem jeho procesu sebeaktualizace.²⁶ Může například dojít ke změnám ve vztazích, kde se začal otevřeně a sebevědomě prosazovat, přitom pro druhou stranu bylo příjemnější jeho poslušné chování. Některé vztahy, na kterých mu záleželo, může také díky změnám, kterými prošel, úplně ztratit.²⁷ Bez empatie a porozumění celému kontextu je etické rozhodování terapeuta o tom, jak doprovázet, náročné, protože nutně musí zkoumat dopady na klienta i na jeho okolí.²⁸

U psychických poruch se můžeme setkat s klienty s neadaptivním systémem chybných předpokladů o druhých, které ústí do narušených interpersonálních vztahů.^{23,29} Svě dřívější nepříjemné zkušenosti může klient zobecňovat na všechny lidi nebo autority, a to včetně terapeuta. Podobně může být vztah terapeuta ke klientovi kontaminován přenosem nebo protipřenosem. V případě přenosu terapeuta na klienta je zkreslení způsobeno minulými zkušenostmi s lidmi, které klient některými svými vlastnostmi nebo projevy chování připomíná, v případě protipřenosu terapeut reaguje na přenosové chování klienta.^{8,18} Většinou je

Tab. 1. Příklady protipřenosu a možné strategie změny¹⁵

| Typ protipřenosu | Příklad typických kognicí | Emoční reakce | Chování | STRATEGIE ZMĚNY |
|------------------------|--|---|--|---|
| Mírný pozitivní | Je mi sympatický, pěkně spolupracuje, fandím mu, půjde to dobře | Příjemné naladění | Spolupráce, podpora, vřítí, obětavost | Žádná změna není potřebná |
| Obdivující | Ten člověk je výjimečně (krásný, originální, inteligentní apod.) | Obdiv, fascinace | Terapeut nedělá dostatečný assessment, nevede terapii, případně kroky bagatelizuje, nepožaduje domácí cvičení, má tendenci fascinovaně si povídat o klientových výjimečnostech | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize, „Normalizační terapie“ – vést stejně, jako u jiných. Pokud nejde změnit chování a držet standardní terapii, možné s klientem otevřít; případně ho předat jinému terapeutovi |
| Overprotektivní | Neporadí si sám, potřebuje pomoc, radu, bude to moje chyba, když se mu něco stane | Strach, nejistota | Radí, chrání, ujišťuje, ubezpečuje, řídí a kontroluje klienta, nenechává ho samostatně jednat, skrytě zpochybňuje klientovy zdroje | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. Přestat s direktivním vedením, nechat plánování na klientovi, přestat zabezpečovat. Pokud to nejde – předat jinému terapeutovi. |
| Erotický | Je přitažlivá(-ý), bylo by s ní (ním) hezky. Jediný její (jeho) problém je, že má nedostatek něhy (sexu, pozornosti apod.). Sní sexuální fantazie o klientovi. | Fascinace, „trans“ nebo depersonalizace při setkání | Flirtuje, nápadně „chrání“, „nechtěně“ se dotýká, s chutí velmi často mluví o sexu, v nejhorším případě nabízí „sexuální terapii“ a s klientkou /klientem se sexuálně stýká | Přestat s racionalizací sváděného chování, zastavit ho, přiznat si protipřenos, najít si supervizi, ujasnit si vlastní motivy, jejich kořeny, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. Ani pak však sexuální vztah nekonzumovat. |
| Bojácny | Může mi ublížit, vysmát se mi, odmítnout mě, ukázat, že jsem neschopný, hloupý apod. | Strach, úzkost, stud | Mluví tiše, nedokáže mít odstup, vedení terapie nechává na klientovi, sám do ní nevstupuje (někdy si to racionalizuje „emfatickým vedením“), bojí se sdělit, co si myslí, alternativy nediskutuje, | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, pokud je to reakce na agresivní přenos klienta – pomoci klientovi zpracovat přenosovou reakci. Vždy nutná supervize. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. |
| Útočný | Je to psychopat, ignorant (málo se snaží, chce jen výhody, sekundární zisky apod.). Otravuje mě. Já mu ukážu! | Vztek, rezonance | Moralizuje, poučuje, vyčítá, bagatelizuje klientovy potřeby, nemá čas, klienta „seřve“ | Uvědomit si svoje agresivní postoje a chování, přestat je racionalizovat či opírat o názory podobně postižených terapeutů, Ujasnit si kořeny těchto postojů, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi |
| Nedůvěřivý | Co po mně vlastně chce? Něco má za lubem (proti mně)! | Obava, napětí, vztek | Stažení se, pracuje s klientem jen „formálně“, číhá na „skryté motivy“, snaží se terapii zrušit | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. |
| Soupeřivý | Ať si nemyslí, že se na mě bude vytahovat. | Střídavě napětí a pýcha | S klientem soupeří v názorech, „kdo má pravdu“, chlubí se a předvádí, špatně nese „klientovy výhry“, málo povzbuzuje, necítí se | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi |
| Pohrdavý | Je to hlupák (slaboch, blbec, hysterka, obsedant apod.). Nudí mě. Ať už neotravuje. | Pohrdání, nuda, vztek, pýcha | Dává pohrdavé rady, bagatelizuje klientovy potřeby i postoje, posmívá se, nemá čas, netrpělivě vstupuje do klientova sdělení, nenaslouchá | Pracovat na svých mezilidských vztazích, jít do výcviku (případně dalšího, protože předešlý zjevně velký význam neměl), zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení na druhé. Při vedení terapie nutná supervize, pokud to přesto nejde – předat jinému terapeutovi. |

těžké oddělit, co je přenosová a co protipřenosová komponenta terapeutova chování, proto se užívá pojmu protipřenos terapeuta pro oba jevy. Terapeut může být přenosem klienta polichocení nebo dotčený, mít chuť klientovi nadměrně pomáhat nebo jej naopak potrestat, vyhnout se mu nebo jej rozmazlovat apod. Terapeutický vztah může být také zneužit ve prospěch terapeuta na úkor klienta.^{5,30,31}

PROTIPŘENOS V KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A ETICKÉ OTÁZKY

Protipřenos v KBT terapii může nabývat řady podob. Klientův vzhled, chování či jiné významné charakteristické rysy aktivují u terapeuta jádrová schémata, se kterými souvisí podmíněná pravidla, určující strategie chování v dané situaci.^{18,32}

Objevují-li se někdy v průběhu terapie postoje, které souvisí s dominancí, předepisováním chování, rigidním držením se manuálu, nebo dokonce s nátlakem, záleží na tom, jakým způsobem se to děje.³² Typická situace je, když se klient sám rozhodne pro expozici stresující situaci, ale ve chvíli, kdy ji má realizovat, to pro úzkost odmítne. Má být terapeut v této chvíli dominantní a klienta u expozice podržet, nebo má být více tolerantní, a expozici odložit? Tato otázka souvisí i s mírou podpory či naléhání, které terapeut použije. Pokud terapeut nenaléhá a ponechá klienta, aby se situaci vyhnul, zpravidla podporuje vyhýbavé chování. Poté, kdy se podobná situace opakuje, začíná léčba stagnovat. Pokud terapeut klienta pevně u expozice podrží, rozhoduje dominantně a nenechává klientovi možnost autonomní volby. Může jej utvrdit v pocitech podřízenosti. Většina terapeutů v podobné situaci hledá kompromis mezi autoritativním naléháním a demokratickým ponecháním autonomie. Sebereflexe vlastního rozhodování o tom, zda a proč naléhat nebo nenaléhat, souvisí zpravidla s etickými otázkami: Jak se v tom může cítit klient? Dávám mu dost prostoru a svobody, aby se mohl rozhodnout bez odporu nebo nadměrné poslušnosti? Co sám považují za dobré? Je to také to nejlepší pro klienta? Neovlivňují mě v tom více moje cíle a aspirace než jeho praktická potřeba? Je dosažení současného cíle pro klienta důležitější (např. pro potřebu posílení) než jeho sebepojetí? Nesouvisí to, jakým způsobem naléhám, s mými vlastními zkušenostmi (jak na mě naléhal některý z rodičů), takže to pokládám za přijatelné, když jsem to sám prožil? Kdyby někdo na mě takto tlačil, jaké by to asi pro mne bylo? Je to o mé velkorysosti a toleranci, nebo o čem? Jak je velký prostor, který mohu ponechat druhým, aniž bych se cítil omezován? V kognitivně-behaviorální terapii se tyto otázky objevují často. Typickým příkladem je expoziční léčba. Expozice jsou pro klienta náročné a někdy jednou nedokáže jít do dalšího kroku. Může říkat, že mu to, čeho dosáhl, úplně stačí (Např. „Já nepotřebuji cestovat vlakem. Na delší cesty jedeme autem. Mně stačí, že cestuji tramvají a autobusem po městě.“). Terapeut si je vědom, že jde o vyhýbavé chování, které si klient racionalizuje, a pokud zůstane neošetřeno, klientovi hrozí relaps, na druhé straně je to klientova svobodná volba a základních

praktických cílů již dosáhl. K podobné eticky nejednoznačné situaci dochází při přepisování traumat z dětství u klientů, kteří nemají sami dostatek síly, aby ke vzpomínání na bolestnou událost z dětství přistoupili. Je namístě klientovi empaticky naslouchat a čekat, až dojde k tomu, že si sám uvědomí potřebu ochrany svého „zraněného dítěte“ před agresorem, nebo mu to přímo říci a provést reskripci, ve které ochrání týrané dítě v imaginaci sám terapeut? Pokud se terapeut rozhodne pro druhé řešení, je třeba na přechodnou dobu převzít dominantní roli „zdravého dospělého“ a ochranu vzít do svých rukou a jasně v imaginaci vystoupit proti agresorovi, na což klient sám nemá sílu. V tomto případě však převzal tento krok „rodičovský“ terapeut do svých rukou, aniž o tom mohl klient sám rozhodnout. Je lepší převzít roli dospělého, nebo ponechat klienta s jeho bezmocí?

Marta byla v dětství fyzicky a sexuálně zneužívána opilým otcem a celý dospělý život trpěla nadměrnými obavami, nízkým sebevědomím a neschopností příjemně prožívat sexuální život s manželem. V době, kdy manžel ztratil zaměstnání a začal pít alkohol, se objevily po téměř 30 letech flashbacky na traumatické zážitky s otcem, které dosud úspěšně vytěsňovala. Marta byla opakovaně hospitalizována pro těžké depresivní stavy se sebevražednými pokusy a farmakoterapie i elektrokonvulzivní léčba jí dokázaly ulevit jen na přechodné období. Mezi druhou a třetí hospitalizací skoro rok docházela na individuální psychoterapii, kde probírala s „hodnou psycholožkou“ situaci s manželem, nic však nedokázala změnit. O sexuálním zneužívání v dětství se nesvěřila, protože měla pocit, že se to stalo velmi dávno a nedá se to změnit. Zároveň se styděla o tom mluvit. Až při třetí hospitalizaci v průběhu jednoho roku se Marta svěřila s flashbacky, protože nové lékařce důvěřovala. Lékařka s Martou probrala dětství a zjistila, že Marta se na otce nedokáže vůbec zlobit. Nezlobí se ani na matku, která otci podléhala, ovšem zlobí se na sebe s přesvědčením, že je to její selhání, že ji otec fyzicky týral a sexuálně zneužíval. Měla se dokázat před ním schovat nebo ho nějak odradit, sama však neví jak. Lékařka pracuje s Martou citlivě, empaticky reaguje na sdělované prožívání, nicméně Marta je stále bezmocná a hledá vinu v sobě. Lékařka je přesvědčena, že nesmí na Martu spěchat, bojí se, aby jí nevnutila svoji představu, že na otce se „má zlobit“, když klientka to necítí. Protože se klientka nelepší, je nakonec přeložena k doléčení do psychiatrické nemocnice, kde se během dvou měsíců deprese zmírní a je propuštěna. Během pobytu v nemocnici žádná psychoterapie neprobíhala. Po měsíci je znovu přijata na psychiatrické oddělení po sebevražedném pokusu, deprese je hluboká, klientka nedokáže spát, nechce se jí žít, sebeobviňování vůči manželovi a dětem je na hranici bludné produkce. Lékařka, která s ní začala psychoterapii, s ní znovu začíná pracovat. Terapeutický vztah je plný důvěry, ale rovněž závislosti. Opět se dostávají k traumatickým událostem z dětství, nacházejí spojitost s prožíváním v manželství, ale situace vypadá beznadějně, protože klientka nenachází žádné řešení své situace. Podobně jako není možné prožít vztek na otce, není schopna vyjádřit své pocity manželovi, který se opíjí a vyžaduje po ní sex. Je přesvědčena, že je to její chyba, že selhává jako žena. Terapie opět stagnuje na opakovaném neúplném popisu

traumatických událostí, který, zdá se, ještě dále zvyšuje bezmoc a beznaděj klientky. V té době lékařka podstupuje supervizi případu. Supervize se dotýká způsobu vedení přepisu traumatu, strachu terapeutky z poškození pacientky, který byl vystupňován reakcemi kolegů na její práci s klientkou. Supervizorka zjišťuje další obavy terapeutky – aby se klientka dále nezhoršila a nepokusila se znovu o sebevraždu, aby sama nebyla potrestána primářem, že vůbec dělala psychoterapii u tak těžce depresivní klientky. Supervizorka vyjadřuje pochopení a pak se ptá, co by terapeutka sama za sebe udělat chtěla, a jak to co nejlépe zprostředkovat klientce, a jaké překážky nebo nežádoucí důsledky se mohou objevit při různých možnostech a zda je možné je dále nějak řešit. Se supervizorkou probírají možnosti, terapeutka mluví i o své obavě, aby její hypotézy o pocitech klientky nepatřily jí samé. Supervizorka vybízí k hledání možností, kterými si může terapeutka otestovat, zda se její hypotézy potvrdí, nebo vyvrátí. Terapeutka se cítí posílena ve své kompetenci uvažování o příběhu klientky a s uvědoměním, že je třeba klást více otázky než klientce interpretovat její depresivní stavy.

Etické problémy terapeutických hranic

Narušování nebo překračování hranic se může dít vědomě, kdy terapeut ví o tom, že překročil hranice, ale z nějakého vědomého důvodu se rozhodl to udělat (pro ekonomickou, sexuální nebo sociální výhodu), nebo nevědomě, kdy překročení hranic nebylo úmyslem, ale výsledkem kompenzačního (k posílení sebedůvěry), impulzivního (k vybití tenze) nebo zabezpečujícího chování (k vyhnutí se negativním emocím). Nevědomé překročení hranic bývá diktováno protipřenosem. Často jde o kombinaci obojího (terapeut ví nebo tuší, že jeho chování není eticky správné, nerozumí však úplně, proč se tak chová, a zpravidla si chování racionalizuje). Překračování terapeutických hranic můžeme připodobnit ke „klouzání po šikmé ploše“. Jedno překročení posiluje další a to další a tak dále, až dojde k tomu, že hranice jsou překračovány samozřejmě.²⁵ Překračování hranic se dá rozdělit do čtyř základních kategorií: (I) problémy důvěrnosti a nesexuálního překračování hranic, (II) překračování sexuálních hranic, (III) překračování ekonomických hranic; a (IV) překračování emocionálních hranic. Každou z těchto kategorií lze analyzovat z různých etických pohledů: (a) potenciální nebezpečí pro klienta; (b) potenciální benefity pro klienta; (c) přítomnost nebo chybění donucování nebo zneužívání při překračování hranic; (d) vědomé versus neuvědomované; (e) důvody, zájmy a motivy profesionála; (f) zájem profesionála o dosažení profesionální etiky; a (g) okolnosti překročení hranic.

Narušování sexuálních hranic a sexuální zneužívání klienta je vážným selháním terapeuta, protože probíhá vědomě, a navíc je explicitně zakázáno v etických kodexech. Terapeut, který tuto hranici překračuje, musí nutně vědět, že koná nemravně. Často si však své chování racionalizuje. Motiv pro toto jednání mohou být vědomé i nevědomé.³³ Sexuální zneužívání v medicíně, psychiatrii a psychoterapii není vzácné. Podle několika studií se jej dopouští kolem 1–12 % mužských terapeutů a 0–3,1 % terapeutek.^{7,30,34} Situace může být z etického hlediska složitější, když k se-

Tab. 2. **Okolnosti protipřenosu**^{15,18}

Forma a intenzita protipřenosu může být ovlivněna celou řadou okolností. Mezi ně patří:

Osobnost (rysy osobnosti jako lidskost, vyrovnanost, zralost, laskavost, pravdivost, spravedlnost, trpělivost, otevřenost, kongruence, preference, hodnoty, transcendece, míra sebereflexe, vyhořelost...)

Atraktivita/neatraktivita supervidovaného (vzhled, postavení, charisma, konexe, pověst, výška platby... apod.)

Vliv organizace (postoje pracoviště k určitým problémům (např. jak se chovat k hraničním klientům), supervize, hodnocení supervizorem, loajalita ke spolupracovníkům)

Vliv vzdělání (učitelů, teorie, výcviku a jeho doktrín, tréninku...)

Vliv rodiny (pohoda versus stres, problémy a konflikty, podobnost s klientovými problémy apod.)

Životní situace a problémy (např. vlastní rozvod, problémy s pojišťovnou, nedostatek času...)

Další sociální vlivy

Somatické vlivy (nemoc, únava...)

xuálnímu kontaktu dojde po ukončení terapie. Ovšem v některých organizacích, jako je například Americká psychiatrická společnost, je sexuální kontakt s bývalým klientem považován rovněž za neetický. Hlavním důvodem je, že vztah může zůstat nevyrovnaný a klient je nadále závislý na terapeutovi, takže jeho rozhodování není svobodné. Jiné společnosti, jako např. Americká psychologická společnost, pokládají sexuální kontakt mezi terapeutem a klientem za neetický po dobu dvou let po ukončení terapie, později už nikoliv. Někteří soudí, že pokud se terapeut s klientem vezmou, je obtížné mluvit o zneužití, ovšem pro jiné autory manželství není zábranou zneužívání a přenos může fungovat mnoho let po ukončení terapie.^{35,36}

PROTIPŘENOS, SEBEREFLEXE A ETICKÁ DILEMATA

Protipřenosovou reakci můžeme zachytit ve svém chování, ale také ve svých myšlenkách, emočních a tělesných projevech. Jádrem protipřenosu bývají nedostatečně zpracované dřívější zkušenosti terapeuta, které ovlivňují současné vztahy. Protipřenos vede k chování, které může být vyhybavé (nedostatek otevřenosti, kongruence, odtažení se) nebo kompenzatorní (nadměrné pomáhání, direktivita, dávání rad, schovávání se za psychoedukaci, soutěžení, předvádění se, bojování za svoji „hypotézu“ o vzniku potíží). Toto chování souvisí s nedostatečnou psychickou flexibilitou terapeuta, která se projevuje malou schopností sebereflexe v měnících se terapeutických situacích.^{10,32} To znemožňuje nahlédnout a zvládnout protipřenos. Sebereflexe nebo uvědomění si protipřenosu v supervizi pomáhá protipřenosovou reakci překonat a může být rozhodující pro utvoření reálnějšího vztahu a objektivnější práci jak v terapii, tak v supervizi.¹⁵

Základní principy bioetiky (pomáhat, neškodit, být spravedlivý a autonomní) pomáhají vytvořit rámec pro vymezení etického chování.^{3,37–39} Ovšem tento kontext je obecný. Terapeut potřebuje své konkrétní činy a úmysly posoudit ve vztahu k těmto principům. Etická reflexe je konkrétní; reflektuje určité chování, v určité situaci s konkrétním klientem, v daném širším kontextu.^{26,33,40}

Tato reflexe díky ukotvení v základních principech biotiky a etickém kodexu pomáhá zorientovat se ve vymezených hranicích. Právě konkretizací na daný případ může pomoci rozhodnout se, jak se chovat, nebo umožňuje si vybrat z různých voleb ve specifické situaci. Následné eticky rozmyšlené chování pak pomáhá chránit oba aktéry terapeutického vztahu.⁴¹

Protipřenos a autonomie

Důležitým aspektem terapie je pomoci klientovi, aby byl nezávislý a sebeřídicí.³³ Výraznější přenos zpravidla vede k omezení autonomie klienta – děje se s ním něco ve vztahu, čemu nerozumí, a přitom to ovlivňuje skrytě jeho očekávání, rozhodování i chování. Pokud terapeut na přenos klienta reaguje komplementární protipřenosovou reakcí, může udržovat klientovu závislost.

Starší klientka s generalizovanou úzkostnou poruchou obdivuje terapeuta. Je přesvědčena, že nikdo jiný jí pomoci nedokáže, cítí se nesoběstačná, a proto vyžaduje od terapeuta rady. Polichocení terapeut reaguje komplementárně protipřenosově, poskytuje rady. Je sám se sebou spokojený, cítí se potřebný, klientka jej na každém sezení chválí. Klientka však zůstává nesamostatná, stále přináší další a další problémy, které není schopna řešit, a terapie nepokračuje, stává se spíše nikdy nekončícím poradenstvím. Při supervizi terapeut referuje o této klientce jako o rezistentní na léčbu, s potřebou celoživotního vedení.

Pokud v podobné situaci rozvine terapeut opačnou protipřenosovou reakci, může to dopadnout například následovně:

Klient s depresivní poruchou rozvíjí závisle obdivný přenos k terapeutovi, ten však se potřebami závislého klienta cítí přetížený a frustrovaný, konfrontuje ho s nimi, nekompromisně sděluje, že klient si na všechno musí přijít sám, že přece nechce být závislý na druhých lidech. Klient, který bez jednoznačné podpory zatím není schopen fungovat, propadá se do beznaděje a pokouší se o sebevraždu.

Aby terapeut mohl pomoci zpracovat klientovi jeho přenosovou reakci a pomohl mu ke zvýšení autonomie nejen ve vztahu k terapeutovi, ale i v jiných vztazích, potřebuje porozumět svému protipřenosu a zpracovat jej. Jinak zůstává slepý a často není schopen si jasně uvědomit přenos svého klienta ve všech jeho důsledcích.

Klient velmi snaživě spolupracoval s lékařkou a dosáhl dílčích úspěchů při léčbě agorafobie. V průběhu léčby se však do ní zamiloval a snažil se ukázat, jak dobře zvládá jednotlivé expozice. Protože náročnější expozice cestování mimo město mu zvýšily jeho obavy natolik, že je přestal dělat, nedokázal to v terapii přiznat, naopak lhal, že je zvládá. Lékařka je nadšená ze svého úspěchu, i když si všimla, že klient na ni reaguje jinak, než bývá zvykem, nosí jí květiny nebo čokolády na každé sezení a nápadně se voní mužskými parfémy. Lékařka však tyto signály do této doby nepokládala za důležité, když léčba tak dobře jde. Je překvapena, zaskočena a rozezlená na manželku klienta, která volá, že by se ráda poradila, jak pomoci manželovi odjet na dovolenou – na druhý konec republiky, kam mají jet, když zatím nebyl schopen opustit město. Žádá lékařku o nějaké léky pro něj na uklidnění.

Protipřenos a prospěšnost

Protipřenosová reakce terapeuta může bránit prospěchu klienta zejména tím, že terapie začne stagnovat. Terapie díky protipřenosu může probíhat povrchně a také se nadměrně prodlužovat. Naopak reflektovaný protipřenos a zpracování přenosového vztahu, který protipřenos indukoval, může prolomit rezistenci klienta a mít pozitivní důsledky i pro jiné vztahy mimo samotnou terapii.¹⁷ Z toho plyne pro dobrou klinickou praxi důležitý úkol – vyvarovat se komplementárního chování, například nereagovat na klientovu agresi protiagresí, nezvýhodňovat nadměrně loajální klienty, neužívat si klientovy přízně, když rozvinul erotický přenos, apod.²⁹ Takové komplementární chování je obvykle diktováno protipřenosem.^{18,42}

Klientka s generalizovanou úzkostnou poruchou se v průběhu terapie zamilovala do svého terapeuta. Podobně, jak se v minulosti zamilovávala do svých učitelů a vedoucích v práci. Sama o sobě říká, že má „slabost pro starší muže“. Terapeut vnímal její dlouhé pohledy, nápadné strojení a vzdychání, občasně stavy zasnění v průběhu sezení, obdivování terapeuta klientkou. Protože terapie zpočátku velmi dobře pokračovala, klientka se naučila relaxovat, udělala několik katastrofických scénářů a rozvinula zvládací strategie, které omezily výskyt nadměrných obav a starostí, naučila se lépe komunikovat v problémových situacích v zaměstnání, terapeut považoval rozvíjející se erotický přenos spíše za pozitivum. Klientka dělala všechny domácí úkoly a relativně snadno dosahovala společně stanovených cílů. Obdiv, který klientka dávala najevo, byl terapeutovi příjemný. O to více, že v manželství prodělal krizi. Ovšem když se dostali k práci na řešení manželského problému, který souvisel s rozvojem příznaků, léčba začala stagnovat. Klientka sdělovala, že manžel je nezajímavý, vlastně příliš mladý a ještě nezralý, nemůže mu dělat maminku, nemiluje ho, uvažuje, že by se rozvedla apod. Kontrastovalo to výrazně s cílem, který si stanovila na počátku léčby – méně se s manželem hádat, lépe mu i sobě ve vztahu porozumět a obohatit vzájemný vztah o společné příjemné aktivity. Terapie stagnovala, změnila se v „popovídání si“, celkem příjemné schůzky pro klientku i terapeuta, kdy spolu probírali romány, které se jim líbily, občasně situaci v práci, jak se daří dětem, a terapeut se postupně sám začal svěřovat. V situaci, kdy mu navrhla, že by se mohli na „popovídání si“ scházet v kavárně, mu však došlo, že se dostali mimo hranice terapie. Rozhodl se jít s tímto případem na supervizi. Zpočátku vyjmenoval, co vše se povedlo, pak přiznal, že nyní terapie stagnuje, klientce je však dobře, zvládá práci i domácnost, úzkostná už není, pouze je v manželské krizi – proto potřebuje podporu, než krizí projde. Během řízeného objevování pomocí otázek supervizorky si však uvědomil, že mu obdiv klientky dělá velmi dobře a že se toho sám tak trochu nechce vzdát, navíc, že cítí její podporu, když mluví o své unavě a přepracování. Doma žádnou takovou podporu nedostává, naopak manželka mu vyčítá, že je pořád v práci. Vlastně získává podporu klientky, místo aby jí pomáhal řešit její problém v manželství. Během supervize uvažoval, jak situaci změnit. Uvědomuje si, že sám na rozvíjení jejího přenosu značně participoval vlastním protipřenosem. Nakonec se rozhodl, že s klientkou probere její pocity z jejich

vztahu, řekne jí, jak to zažíval v sezení on, eventuálně bude pracovat s možným erotickým přenosem. Pak se mohou zabývat tím, jak se jí to ve vztazích k autoritám stává a jaké zklamání pak prožívá. Také to, že jí to může bránit věnovat se vztahu s manželem. K tomu využili v supervizi nácvik hraní rolí.

Protipřenos a neškození

Protipřenosová reakce terapeuta může klienta vážně poškodit. Zejména pokud terapeut klienta zneužívá pro svůj prospěch. Vědomé zneužívání klientova přenosu pro své potřeby je typické pro terapeuty s disociálními rysy osobnosti, kteří když si uvědomí přenosový vztah, pokládají za samozřejmé využít jej ve svůj prospěch.⁷ Toto zneužití může být nenápadné (využívání konexí, postavení klienta,

dárků nebo drobných výhod, které nabízí, apod.), nebo nehorázné (sexuální zneužití klienta, práce zadarmo, finanční půjčky apod.).³⁵

Protipřenos a spravedlnost

Jedním z projevů protipřenosu může být prodlužování terapie. Může jít o problém, kterého si je terapeut vědom, prostě jen chce dále v terapii pokračovat, aby mohl dále inkasovat peníze, nebo o problém neuvědomělý. Skryté důvody pro prodlužování terapie mohou být syceny různými druhy protipřenosu, které pokrývají celou řadu lidských motivací, např. klient je přitažlivý a hezky se s ním pracuje nebo naopak klient je bojovný a terapeut potřebuje zvítězit. Terapeut si zpravidla racionalizuje prodlužování terapie teoretickými výklady.³

Tab. 3. Příklady vědomého a nevědomého zneužití přenosu klienta terapeutem

| Typ přenosu | Rámec | Motivy | Různé projevy | Nejčastější důsledky |
|------------------------|---|---|--|--|
| Mírně pozitivní | Spolupráce, snaha | Vědomý – získání výhod – zneužití potřeby | Žádání protislužeb, darů, výhod vyplývajících z klientovy profese nebo postavení | Potvrzení pro klienta, že dospělý život je o klientelismu a získávání výhod |
| | | Nevědomý – nadměrná potřeba sebe-potvrzení terapeuta | Pasivní přijímání pochlebování, dárků, výhod od klienta, zbytečné prodlužování terapie, | Falešné zvyšování sebevědomí terapeuta, demoralizace klienta |
| Obdivující – nezávislý | Pochlebování terapeutovi, | Vědomý – klientelismus – využívání možností klienta pro vlastní prospěch | Využívání klientova narcismu k vlastním výhodám – levnější produkty a další výhody | Potvrzení pro klienta, že dospělý život je klientelismu a získávání výhod |
| | | Nevědomý – nadměrná potřeba přijetí nebo sebe-potvrzení terapeuta | Předvádění se před klientem, sebezdůrazňování terapeuta | Terapie potvrzuje narcismus obou, nesměřuje k adaptivnějším terapeutickým cílům |
| Obdivující – závislý | | Vědomý – otevřené zneužívání závislosti | Využívání závislosti klienta ke tomu, aby sloužil potřebám terapeuta | Hrubé zneužívání klienta hraničící s kriminalitou |
| | | Nevědomý – neuvědomované využívání závislosti pro potvrzování sebevědomí terapeuta | Sebeobdiv terapeuta, potvrzování jeho narcismu | Terapie neprobíhá, závislost a nesamostatnost klienta je posilována |
| Erotický | Zamilovanost klienta | Vědomý – zneužití zamilovanosti k erotickým službám | Erotické zneužití nebo zneužívání klienta | Zastavení terapie, zranění klienta, podobnost se zneužívání rodičem v dětství, ztráta důvěry klienta v terapii |
| | | Nevědomý – řešení vlastní životní frustrace nebo nezralosti erotickým vztahem s klientem | Reciproční zamilování, sexuální styk Libování si v terapii bez odstupeku při práci na klientových problémech | Terapie nefunguje, nejsou řešeny klientovy problémy Hrozí debakly se silným zraněním klienta a ztrátou důvěry v jakoukoliv terapii i jinde |
| Bojácný – nedůvěřivý | Klient se obává kritiky, odhalení, znehodnocení | Vědomý – strach z klienta, z napadení, kritiky, znevážení, protože klient je mocný, inteligentní, známý apod. | kritika klienta, moralizování, vybití si vlastní frustrace | Snižování klientovy sebedůvěry, nemožnost dosažení terapeutických cílů, posilování tyranického chování terapeuta |
| | | Nevědomý – prožívání vlastní nedostatečnosti a obav z kritiky se projevuje v submisivním chování | Chlácholení klienta, ubezpečování a ujišťování – v podtextu hojení vlastních nejistot | Udržování bojácnosti klienta, jeho nedostatečné sebedůvěry, pseudo-sebevědomí terapeuta |
| Útočný | Utočení na klienta | Vědomý – zlost na klienta, chuť jej potrestat, vybití si na něm napětí | Kritika klienta, odsuzování, obviňování, moralizování, křičení | Snižování sebevědomí klienta, vzbuzování odporu, konflikty, předčasné ukončení terapie |
| | | Nevědomý – řešení vlastní frustrace, pocitů selhání, nedostatečného sebevědomí | Moralizování, utrhovávání se, kritizování, zastrašování | Snižování sebedůvěry klienta, komplementární reakce, konflikty, ukončení terapie |

(pokračování)

| | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--|
| Vztahovačný | Vztahovačné zpracování chování klienta | Vědomý – strach z klienta, podezřívání klienta, podkládání mu nečetných úmyslů, rentových tendencí apod. | „Refinované“ otázky mající usvědčit, shánění „objektivních informací“, ironie, uštěpačnost | Snižování důvěryhodnosti terapeuta, vztek klienta, nebo naopak pocity ponížení klienta, jeho úzkost, ukončení terapie |
| | | Nevědomý – vlastní insuficience, obavy ze selhání, z přistižení při neschopnosti | Vyhýbání se autentičnosti, zabezpečování se formálním vedením terapie | Formální, neosobní vedení terapie, nenavázání terapeutického vztahu |
| Soupeřivý | Soutěž nebo soupeření s klientem | Vědomý – touha na klientem vyhrát, pokořit jej, cítit se jako vítěz, ten, kdo je v právu, je lepší, schopnější apod. | Otevřeně se porovnává s klientem, sděluje mu hodnocení, ve kterém dopadá lépe, dokazuje, že klient je horší | Snižování klientova sebevědomí nebo komplementární vyvolání jeho bojovnosti a soutěživosti |
| | | Nevědomý – řešení vlastních pocitů nedostatečných kompetencí, nízké sebevědomí, aktuální frustrace | Poukazování na klientovu neschopnost bývá skrytější, spíše přes soustředění na jeho chyby, neplnění domácích úkolů, nevděčnost apod. | Pokles klientovy sebedůvěry a sebevědomí, bezmoc. Vzácně vybuzení jeho vzdoru a bojovnosti. |
| Pohrdavý | Znevažování klienta, pohrdání ním jako člověkem | Vědomý – pohrdání klientem, nabuřelé přesvědčení o vlastní nadřazenosti v inteligenci, pozici, vzdělanosti, rase, třídní příslušnosti apod. | Přímé ponižování, ironické poznámky, nebrání do úvahy klientových názorů, selektivní nepozornost ke klientovým potřebám, odmítání uvažovat klientovy potřeby jako důležité | Buď ponížení klienta, nebo jeho vzpoura, velmi často ukončení terapie |
| | | Nevědomý – pohrdání je skryté, často kompenzační k pocitům vlastní nekompetentnosti, neschopnosti | Paternalistické postoje, vysvětlování „jako dítěti“, nepřímé ponižování ukázkami, jak to klientovi málo jde, poukazováním na to, aby se tak nesnažil, když „je to nad jeho síly“ | Regrese klienta do puerilismu, závislosti, snížení jeho sebedůvěry, někdy podobně jako při vědomém pohrdání vzpoura a odchod z terapie |
| Žárlivý či závistivý | Závist klientovi nebo žárlivost na jeho úspěchy či možnosti | Vědomý – žárlení na klientovy schopnosti, ekonomickou situaci, možnosti, popularitu | Poukazování na to, jak se klient „má“, znevažování jeho problémů v tomto kontextu, | Nemožnost navázat terapeutický vztah a nemožnost pomoci, protože terapeut klientovi nepřeje |
| | | Nevědomý – vlastní pocity insuficience, bezmoci, selhání | Porovnávání se s klientem a jeho možnostmi, citění se hůře, snaha o kompenzaci přes terapeutickou moc | Terapeutický kontakt je nekvalitní, pomoc není možná |

Protipřenos může vyústit do zneužívání klienta, které začíná překračováním hranic terapie. Polovědomé nebo nevědomé zneužívání díky protipřenosu se objevuje častěji u nezrálých terapeutů či terapeutů s poruchou osobnosti. Nemusí se však nutně týkat osobnosti terapeuta, jde však vždy o jeho slepé místo.⁵ Vědomé zneužívání klienta však zpravidla s poruchou osobnosti souvisí a terapeut si své chování buď racionalizuje (narcističtí, histriónští, hraniční, anankastičtí či závislí terapeuti), nebo pokládá zneužívání za své právo (disociální).

Zneužívání může být emocionální, kdy terapeut řeší na úkor klienta své emocionální problémy, vybíjí své napětí, doporučuje řešit problémy způsobem, kterým sám ve svém životě nedokáže, využívá klienta k vlastní gratifikaci, vede jej k tomu, aby jej chválil, užívá si jeho neschopnosti, bezradnosti, závislosti k tomu, aby se sám cítil mocný, obdivuhodný apod. Může také využívat sezení pro sebe, mluvit o svých problémech, předvádět se, jak on (oproti klientovi) skvěle své problémy řeší apod.

Při erotickém zneužívání kořistí terapeut vědomě nebo nevědomě na klientově zamilování, které mu dělá dobře, posiluje jeho sebevědomí, může přinášet materiální nebo sociální výhody. V případě sexuálního zneužívání využívá

své moci k sexuálnímu styku s klientem. Jak erotické, tak sexuální zneužívání je neetické z řady důvodů. Vztah je od počátku nerovnocenný, protože terapeut je ve výhodě v situaci, kdy klient potřebuje pomoc, je na terapeutovi v určitých obdobích závislý, může jej obdivovat, svěřuje se, je méně schopen rozumět tomu, co se ve vztahu děje. Terapeut je naopak vycvičený profesionál, který vztahům rozumí podstatně více, je za svoji práci placen, a navíc byl o nemorálnosti sexuálního zneužívání opakovaně informován a ví, že negativní důsledky pro klienta budou převažovat nad pozitivními.⁴³ Terapeut staví své osobní potřeby nad morální kodex a nad potřeby klienta, za jejichž naplňování je honorován.³⁵

Při ekonomickém zneužívání využívá terapeut klientových ekonomických nebo sociálních možností ke svému prospěchu. Může se to projevit nehoráznou výší poplatků za terapii, doplatky za terapii, i když sezení účtuje pojišťovně, prodlužováním terapie nad potřeby klienta, získávání materiálních výhod z činností, které klient provozuje, využitím klientových konexí apod. Ekonomické zneužívání často vypadá jako „přátelská výpomoc“, tedy v morálně posunuté společnosti docela nenápadně. Terapeut si toto své chování zpravidla racionalizuje a klient je pokládá za normální.

ETICKÉ OTÁZKY PROTIPŘENOSU V SUPERVIZI

Ani psychoterapeut či supervizor nemůže sám úplně vnímat celou skutečnost a rozumět jí se vším všudy. Nemůže ani úplně rozumět sám sobě, protože od sebe nemá objektivní odstup. V tom, jak si rozumíme, je obsaženo tolik životních zkušeností i reakcí druhých, že stále můžeme nacházet další či hlubší vrstvy. Základem je však to, jak jsme přijali pohled druhých na nás od dětství až do současnosti, převzali nebo odmítli postoje okolního sociálního prostředí, jeho konflikty a napětí a zvnitřnili je.^{44,45} Zčásti nám k tomu může pomoci vlastní sebezkušenostní terapie. Podobně to platí pro porozumění druhému člověku. Kromě toho, že posloucháme pozorně jeho příběh i způsob, jak jej vypráví, mapujeme jeho problémy, jsme také často osloveni jeho konflikty osobně. Konflikty druhých se mohou opět vynořit jako vlastní konflikty, resp. vlastní konflikty jsou spuštěny cizími konfliktními momenty, zejména pokud je člověk nemá vyřešeny. Pro jednotlivce samého, byť je terapeut, není jednoduché to plně vnímat a plně tomu rozumět. Jeho pohled na to, co se děje, může být zkvalitněn, pokud o tom mluví s druhým člověkem, pokouší se otevřít se a objevit, jak může dnes sobě a světu porozumět.^{46,47} Tento proces je potřebný dokonce i u psychoterapie po internetu, kde se terapeut s klientem nevidí.⁴⁸ Při sebereflexi a etické reflexi je vždy namístě supervize, protože člověk na sebe úplně nemusí vidět.^{47,49} Terapeutická osamělost vylučuje ostatní „vědoucí“. Může dojít k nedbalosti, protože klientovi není plně k dispozici vědění, které potřebuje, aby si lépe porozuměl.⁴⁴ Kvalitní supervizor však zpravidla nabízí další otázky, které prohloubí konceptualizaci terapeutického vztahu i porozumění vlastním motivům nekritickou, objektivní formou. Nácvik sebereflexe je obzvlášť důležitý pro začínající terapeuty, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování.⁴⁷

V supervizi dochází k podobnému procesu, byť je o něco složitější, protože hlavním cílem je pomoc klientovi, který v supervizním sezení přítomen není. Etika v supervizi tedy zahrnuje etické principy k více zúčastněným osobám včetně klienta, samozřejmě se dále vztahuje k supervidovanému, supervizorovi, organizaci i celku společnosti. Pro ohraničení tohoto prostoru byla vytvořena pravidla ukotvená v etických kodexech profesních komor pracovníků, kteří jsou supervidováni. Samostatný etický kodex supervizorů zatím u nás formulován nebyl; etický kodex Českého institutu supervize vychází z Etického kodexu EAS (European association for supervision), který je pro členy ČIS závazný.

Etická praxe v klinické supervizi vyžaduje porozumění její funkci v mnohočetných (a někdy konfliktních) rolích, které supervizor vykonává.⁵⁰ Musí dávat pozor na to, jaký vztah má se supervidovaným i jaký vztah má supervidovaný s klientem, být empaticky, sledovat, co supervidovaný říká a jak se přitom chová, hodnotit jeho profesionalitu, vnímat své vnitřní procesy, aby zachytil přenosové mechanismy a vystihl své eventuální protipřenosové tendence, monitorovat kompetence supervidovaného, hledat s ním společně možná řešení pro klienta, mít stále jako cíl blaho

pro klienta, povzbuzovat supervidovaného k samostatnosti atd.⁵¹ Základní principy, jako prospěšnost, poctivost, čestnost, spravedlnost, a respekt pro všechny lidi, platí stejně pro psychology, psychoterapeuty i supervizory. To, co potřebují supervidovaní na supervizorech vidět a co se mají učit, je reálná integrace etiky a zákonů do praxe. Tento způsob posiluje internalizaci etických principů u supervizantů více než jakékoliv přednášky či kázání.⁵⁰ Etická pravidla v supervizi u nás výstižně formuloval Matoušek:⁵² (a) být prospěšný; (b) neuškodit; (c) nezneužívat; (d) nemanipulovat. V Etických zásadách EAS jsou postulovány některá podobná, ale i další pravidla: (a) dodržování platné legislativy a etických zásad, (b) prospěch klienta, (c) prospěch supervidovaného, (d) prospěch supervizora.

SEBEREFLEXE A SUPERVIZE

Diskutovat s druhými lidmi, se kterými máme nejen odlišná mínění, ale také v nás stejná záležitost vyvolává rozdílné pocity, bývá podnětné pro vlastní sebezpoznání.⁴⁴ Taková je dobrá supervize. Rozhovor, vedený způsobem, kdy pocity druhého lze přijmout jako rovnocenné, a ne tak, že jeden má pravdu a druhý ne, umožňuje vnitřní diskusi i vytvoření si vlastního nevnučeného názoru. Zamýšlení se nad sebou samým a vlastní spjatostí se světem, včetně terapeutické práce, je východiskem postoje hledání, který vede k sebereflexi. Sebereflexe patří mezi základní kompetence terapeuta i supervizora. Musí se učit a neustále udržovat, cvičit, jinak se může její kvalita vytratit. Sebereflexe u supervizora působí na supervidovaného jako model. Neposiluje v něm závislost, ale učí ho, jak nahlížet hlouběji na sebe sama, jak si rozumět více v interakci s druhými lidmi, především s klienty. Pojem „supervizor“ je někdy asociován s představou jakési nadřazenosti někoho, kdo je „nad“ terapeutem, někoho, kdo je lepší, má moc, kontrolu, znalosti a kompetence, které přesahují terapeuta.^{30,53} To vede ke strachu ze supervizora jako autority, která hledá především 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, tak mívá etické zásady, které jsou pro supervizi důležité. Supervizor není „nad“ supervidovaným, ale společně pracují na hledání nejlepší cesty pro klienta. Sebereflexe je jedním z prostředků, které chrání supervidovaného před nekritickým přejímáním pohledů supervizora. Proto odvaha k sebereflexi i schopnost ji ventilovat je během supervize dobrým supervizorem posilována. Sebereflexe je nikdy nekončící proces. Člověk a jeho zkušenost se stále mění a vyvíjí, stejně se mění i zevní informace, mění se vztahy, podobně se vyvíjí a mění také sebereflexe. V tomto smyslu hledání, ujasňování si emocí, vlastních myšlenek, přemýšlení nad souvislostmi, zamýšlení nad sebou samým, nad významem, který pro mne mají druzí lidé, je stále otevřený proces.

ZÁVĚR

Psychoterapeut je, kromě schopnosti komunikovat a pracovat s druhými lidmi, zároveň člověkem, který je neu-

stále pod drobnohledem svých klientů, kolegů a nadřízených, kteří jej hodnotí jako člověka, nejen jako technicky zdatného profesionála. Jeho chování je částečně pod vědomou kontrolou, částečně může být ovlivněno nevědomými motivy, mezi které patří protipřenos. Velmi často je hodnoceno terapeutovo chování právě z hlediska etiky – chová se dobře, nedobře, lépe, nejlépe? Řada klientů je ochotna důvěřovat jen člověku, o kterém jsou přesvědčeni, že je spravedlivý, čestný, nezákladný, nezištný a pomáhat lidem vnímá jako poslání. Bez této idealizace by patrně u něj ani terapii nezačali. Pokud v některé z těchto charakteristik psychoterapeut zklame, zpravidla dochází k narušení psychoterapeutického vztahu. Trhliny vyvolané tím, že klient se cítí zklamán v charakteru svého terapeuta, se jen velmi těžko napravují. Proto je etické

chování psychoterapeuta jedním ze základních nároků, které klienti mají. Navíc vědomí etického rozhodování přispívá k sebedůvěře terapeuta, kdy etické rozhodování zpevňuje jeho osobnost i odolnost vůči zátěži, protože se má o co vnitřně opřít.

Ještě vyšší nároky jsou kladeny na supervizora. Očekává se, že bude zkušeným a moudrým terapeutem schopným předávat své poznatky z praxe. Přestože vede terapeuta v supervizi, je jím zpravidla kontinuálně hodnocen jako autorita, jako člověk i jako profesionál. Nejenže je jeho chování hodnoceno v etické rovině, ale také má etickou rovinu sám vnášet do pohledu na terapii. V ideálním případě etické otázky vnáší do supervize jako samozřejmou součást vedení každého případu, kontinuálně učí supervidovaného se těmto otázkám věnovat a řešit je.

LITERATURA

- Sokol J. Etika a život. Pokus o praktickou filosofii. Praha: Vyšehrad; 2010.
- Kimmerling R, Zeiss A, Zeiss R. Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 312–321.
- Adshead G. Ethics and psychotherapy. In: Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds.). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 200: 477–486.
- Greenberg LS. Emotion in the relationship in emotion focused therapy. In: Gilbert P and Leahy RL (eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies*. London: Routledge; 2007: 43–62.
- Gabbard GO. Boundary violations. In: Bloch S and Green SA (Eds.). *Psychiatric ethics*. Oxford, Oxford University Press 2009; 251–270.
- Levy KN, Scala JW. Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (3): 391–403.
- Gutheil T and Gabbard G. Misuse and misunderstanding of boundary theory in clinical and regulatory settings. *Focus* 2003; 1: 415–421.
- Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, Slepecky M, Vyskocilova J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers* 2010; 154: 189–198.
- Gelso CJ, Bhatia A. Crossing theoretical lines: the role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (3): 384–390.
- Wongpakaran T, Wongpakaran N. How the interpersonal and attachment styles of therapists impact upon the therapeutic alliance and therapeutic outcomes. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (12): 1583–1592.
- Prasko J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M, Vyskocilova J. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2012; 156 (4): 377–384.
- Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, Larsen SM, and Friis S. Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther* 2006; 35 (3): 174–182.
- Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Kooiman CG, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *J Consul Clin Psych* 2007; 75: 104–115.
- Rabinovich M, Kacen L. Let's look at the elephant: metasyntesis of transference case studies for psychodynamic and cognitive psychotherapy integration. *Psychol Psychother* 2009; 82 (Pt 4): 427–447.
- Prasko J, Vyskocilova J. Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010; 52: 251–260.
- Beck AT, Emery G, and Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
- Horowitz MJ, Möller B. Formulating transference in cognitive and dynamic psychotherapies using role relationship models. *J Psychiatr Pract* 2009; 15 (1): 25–33.
- Praško J, Vyskočilová J. Protipřenos v KBT v supervizi v kognitivně-behaviorální terapii. *Psychiatrie pro praxi* 2011; 12 (2): 80–84.
- Haškovcová H. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén; 2007.
- Říčan P. Etika a psychotherapie. In: *Sborník Psychotherapie a etika*. Edice Linky důvěry Kosmonosy 1983; 31–32: 10–45.
- Jain S and Roberts LW. Ethics in psychotherapy: a focus on professional boundaries and confidentiality practices. *Psychiatr Clin North Am* 2009; 32 (2): 299–314.
- Sokol J a Pinc Z. *Antropologie a etika*. Praha; 2003.
- Haškovcová H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén; 2002.
- Vyskocilova J, Prasko J. Social skills training in psychiatry. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2012; 54 (4): 101–132.
- Martinez R. A model for boundary dilemmas: ethical decision-making in the patient-professional relationship. *Ethical Hum Sci Serv* 2000; 2 (1): 43–61.
- Praško J. Etika a psychotherapie. *Československá psychologie* 1990; 34 (3): 205–213.
- Vyskocilova J, Prasko J. Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55 (1–2): 33–39.
- Harris J. Moral enhancement and freedom. *Bioethics* 2011; 25 (2): 102–111.
- Goldman GA, Gregory RJ. Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *Am J Psychother* 2010; 64 (4): 359–371.
- Pope KS, Tabachnick BG, Keith-Spiegel P. Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist* 1987; 42: 992–1006.

31. Robertson MD and Walter G. Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42 (3): 228–235.
32. Luoma JB, Vilaradaga JP. Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013; 42 (1): 1–8.
33. Holmes J and Adshead G. Ethical aspects of the psychotherapies. In: Bloch S and Green SA (eds). *Psychiatric ethics*. Oxford, Oxford University Press 2009; 367–384.
34. Pope KS, Keith-Spiegel P. A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *J Clin Psychol* 2008; 64 (5): 638–652.
35. Malmquist CP, Notman MT. Psychiatrist-patient boundary issues following treatment termination. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (7): 1010–1018.
36. Celenza A. Sexual boundary violations: therapeutic, supervisory, and academic contexts. Lanham, MD: Jason Aronson; 2007.
37. Beauchamp T. The „four principles“ approach. In: Gillon R (ed). *Principles of health care ethics*. Chichester: Wiley; 1994: 3–12.
38. Robertson M, Ryan C, Walter G. Overview of psychiatric ethics III: principles-based ethics. *Australas Psychiatry* 2007; 15 (4): 281–286.
39. Crowden A. Professional boundaries and the ethics of dual and multiple overlapping relationships in psychotherapy. *Monash Bioeth Rev* 2008; 27 (4): 10–27.
40. Vyskocilova J, Prasko J. Ethical questions and dilemmas in psychotherapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55 (1–2): 4–11.
41. Barnett JE. The ethical practice of psychotherapy: easily within our reach. *J Clin Psychol* 2008; 64 (5): 569–575.
42. Prasko J, Vyskocilova J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M. Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. *Neuroendocrinology Letters* 2011; 32 (6): 101–109.
43. Epstein RS. Posttermination boundary issues. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (5): 877–878.
44. Plog U a Dörner K. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Grada: Praha 1998.
45. Havrdová Z, Hajný M et al. *Praktická supervize. Průvodce po supervizi pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Galén, Praha 2008.
46. Falender CA and Shafranske EP. Best practices of supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds). *Casebook for Clinical Supervision*. Washington: American Psychiatric Association; 2008: 3–16.
47. Watkins CE Jr. Development of the psychotherapy supervisor: review of and reflections on 30 years of theory and research. *Am J Psychother* 2012; 66 (1): 45–83.
48. Nordgren LB, Carlbring P, Linna E, Andersson G. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Res Protoc* 2013; 2 (1): e4.
49. Havrdová Z. *Poslání a smysl supervize: Praha: Ethum – Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci; 2000.*
50. 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.
51. Knox S, Burkard AW, Edwards LM, Smith JJ, Schlosser LZ. Supervisors' reports of the effects of supervisor self-disclosure on supervisees. *Psychother Res* 2008; 18 (5): 543–559.
52. Matoušek O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál; 2003.
53. Prasko J, Vyskocilova J, Slepecky M, Novotny M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2012b; 156(1): 70–79.

Eva Havrdová et al.

ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA V PRAXI



Roztroušená skleróza je autoimunitní onemocnění centrálního nervového systému, které je stále opředeno mnoha mýty, a to přes velmi výrazný pokrok v poznání jeho patogeneze i obrovský pokrok v léčbě. Péče o pacienty s roztroušenou sklerózou se úměrně tomu také rozvinula. Ideálem jsou multidisciplinární týmy poskytující komplexní péči. Od roku 1996 vzniklo v České republice 15 center pro roztroušenou sklerózu. Systematické vzdě-

lávání nejen těchto, ale i terénních pracovníků pečujících o pacienty v pokročilém stadiu choroby je samozřejmou nutností, chceme-li nadále kvalitu péče poskytovanou pacientům s roztroušenou sklerózou zvyšovat. Zdravotníci všech dotčených profesí najdou v této knížce srozumitelné informace o současných poznatcích o nemoci, léčbě medikamentózní i komplexně rehabilitační včetně spirituálního přesahu své práce. Publikace bude sloužit jako základ vzdělávacího programu pro specializované RS sestry.

190 Kč, Galén, 161 stran, barevně, 130 × 190 mm, brožovaná

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz
 Příímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115