

Protipřenos v supervizi v kognitivně behaviorální terapii

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,3,4}, MUDr. Jana Vyskočilová³

¹Klinika psychiatrie, LF a UP v Olomouci

²Fakultní nemocnice Olomouc

³Psychiatrické centrum Praha

⁴Centrum neuropsychiatrických studií, Praha

Řada odborníků je přesvědčena, že analýza přenosu a protipřenosu do kognitivně behaviorální terapie (KBT) nepatří a je výsadou psychodynamických psychoterapií. Pozornost věnovaná emocionálním a kognitivním reakcím na pacienta či supervidovaného je však základní komponentou KBT a její supervize, obzvláště při supervizi práce s obtížnými pacienty. Protipřenosovou reakci můžeme zachytit zejména ve svém chování, ale také ve svých myšlenkách, emočních prožitcích a v tělesných příznacích. Jádrem protipřenosu bývají dřívější nedostatečně zpracované zkušenosti supervizora, které mají tendenci se přenášet do současných vztahů. Vedou k chování, které může být vyhybavé (nedostatek otevřenosti, kongruence) nebo kompenzatorní (nadměrné pomáhání, soutěžení, předvádění se). Sebereflexe nebo uvědomění si protipřenosu v supervizi pomáhá protipřenosovou reakci překonat a může být rozhodující pro vytvoření reálnějšího vztahu a objektivnější práci jak v terapii, tak v supervizi. Přiměřená sebereflexe a supervize vlastní práce patří k základním předpokladům pro přiměřený rozvoj kompetencí supervizora.

Klíčová slova: terapeutický vztah, supervize, protipřenos, schémata, kognitivně behaviorální terapie.

Counter-transference during supervision in cognitive behavioral therapy

Many experts believe that transference and counter-transference analysis is not a part of cognitive behavioral therapy (CBT) and is peculiar to psychodynamic psychotherapies. However, the attention paid to emotional and cognitive reactions to the patient or the supervised is an essential component of CBT and its supervision, particularly in the case of supervision of work with challenging patients. Counter-transference reaction can be observed in our behavior as well as our thinking, emotional experience and physical signs. Counter-transference may stem from previous, inadequately processed supervisor's experience which tends to translate into current relationships. It results in behavior that can be one of avoidance (lack of sincerity, congruence) or compensatory (overinvolvement, competing, showing off). Self-reflection or becoming aware of counter-transference in supervision aids in overcoming the counter-transference reaction and may be crucial for creating a more real relationship and for more objective work both in therapy and supervision. Adequate self-reflection and supervision of one's own work are among the essential prerequisites for appropriate development of the supervisor's competences.

Key words: therapeutic relationship, supervision, counter-transference, schemes, cognitive behavioral therapy.

Psychiatr. praxi 2011; 12(2): 80–84

Úvod

V klasickém psychoanalytickém pohledu je protipřenos termín, který popisuje nevědomou reakci terapeuta na klientův přenos, zatímco terapeutův přenos na pacienta znamená nevědomou reakci terapeuta na pacienta, která souvisí s jeho zkušeností s podobnými lidmi v minulosti (zejména v dětství). Protože oddělit terapeutův přenos od protipřenosu v praxi je velmi obtížné, budeme pro zjednodušení obě reakce nazývat protipřenosem. Nevědomé protipřenosové reakce mohou vést k selhání terapie, protože terapeut může nechtěně řešit své problémy na úkor pacienta. Protipřenos se objevuje rovněž v supervizi a je důležitou součástí reakce supervizora na supervidovaného. Protipřenos se objevuje v každé terapii a v každé supervizi a jeho zvědomování je jedním z úkolů sebereflexe, supervize a supervize supervize.

Nevědomé protipřenosové reakce v supervizi mohou vést k vážným pochybnostem

supervidovaného o sobě, snižovat jeho sebevědomí a odrazovat jej od práce s pacienty, nebo naopak posilovat jeho nezvládnuté problémy při chování k pacientům. Podobně jako terapeut může mít velkou moc nad pacientem, může ji mít v problémové supervizi supervizor nad supervidovaným. Je proto potřebné, aby se supervizor v průběhu supervize naučil rozpoznat a zpracovat svoje protipřenosové reakce.

Protipřenos z pohledu KBT

Řada odborníků je přesvědčena, že analýza přenosu a protipřenosu do kognitivně behaviorální terapie nepatří a je výsadou psychodynamických psychoterapií. Je to jeden z nejčastějších omylů zevních posuzovatelů kognitivně behaviorální terapie. Témata přenosu a protipřenosu se objevují v publikacích o kognitivně behaviorální terapii od dob jejího vzniku (1–4). Přenos a protipřenos patří mezi cenné zdroje informací o pacientově, terapeutově i supervizorově vnitřním

světě. I když na rozdíl od psychoanalýzy analýza a interpretace přenosu není centrálním nástrojem KBT, automatické myšlenky a emoce spojené s dynamikou psychoterapeutického vztahu se stávají součástí léčby složitějších poruch (např. poruch osobnosti), protože poskytují cennou možnost testování a modifikace dysfunkčních postojů k lidem (5). Navíc jsou protipřenosové reakce a jejich behaviorální a funkční analýza důležitým nástrojem supervizní práce, zejména při překonávání bloků v terapii (6).

I když si tvůrci kognitivně behaviorální terapie byli nevědomé reakce terapeuta na pacienta vědomi, zdráhali se jej nazvat protipřenosem a raději používali termín „schematická reakce“ (1, 2). Snažili se tím jednak vymezit vůči psychoanalýze, jednak zdůrazňovali, že v protipřenosu nejde pouze o „přenos“ dřívější zkušenosti s rodiči či důležitými osobami, ale na reakci se podílí řada vlivů z dalšího vývoje, které schémata udržovaly, a rovněž současné okolnosti terapeutického vztahu a sa-

motné pacientovy reakce. Na tvorbě vztahu k pacientovi či supervidovanému se podílí vždy i řada specifických projevů typických pouze pro daný konkrétní vztah. Navíc se ve vztahu k pacientovi objevuje řada nežádoucích aspektů, kterých si je terapeut vědom, nicméně je nedokáže plně kontrolovat. Z tohoto hlediska jsou pojmy „přenos“ i „protipřenos“ redukcující a neúplné. V našem textu budeme mluvit o protipřenosu v nejširším kontextu. Jde nám o vědomou i nevědomou reakci terapeuta na pacienta nebo supervizora na supervidovaného, kterou nositel reakce nemá pod svobodnou kontrolou, děje se mu v terapii či supervizi a může vést k nečekaným reakcím, blokádě žádoucí terapeutické změny nebo poškození pacienta či supervidovaného. Tato reakce může mít kognitivní, emocionální, behaviorální a často také tělesné komponenty (nebo jsou některé z těchto komponent disociovány) a souviset s hlubšími postoji, tzv. jádrovými schémata k sobě, druhým a světu a s podmíněnými pravidly, které kompenzují tato jádrová schémata (8).

Vlastních studií, hodnotících vliv protipřenosu na výsledky léčby, bylo zatím provedeno velmi málo. Práce hodnotící vliv protipřenosu supervizora na supervidovaného (jeho sebevědomí, terapeutickou zdatnost či terapeutickou efektivitu) neexistují. Hoffart, et al. (9) zkoumali, nakolik emoční reakce terapeutů na jejich pacienty jsou ovlivněny poruchou osobnosti a problémy s interpersonálním chováním a nakolik mají vliv na výsledek léčby u poruch na ose I a zda reakce terapeutů může mediovat vliv poruchy osobnosti na průběh interpersonálních problémů. Terapeuti vyplnili dotazník emocionálních reakcí na jednotlivé pacienty před a po kognitivní terapii u 46 pacientů s panickou poruchou a agorafobií. Závažnost poruchy osobnosti měla souvislost s pocitem nejistoty u terapeutů. Čím více si byl terapeut nejistý, tím méně pokleslo agorafobické vyhýbavé chování během léčby. Pocit nejistoty terapeutů částečně souvisely se závažností poruchy osobnosti, interpersonální dominancí nebo hladem po podnětech u pacienta. Rossberg, et al. (10) studovali vztah mezi osobnostními charakteristikami pacienta, protipřenosovou reakcí terapeuta a léčebným výsledkem. Jedenáct terapeutů vyplnilo dotazník vnímání slov (Feeling Word Checklist 58 FWC) u pacientů přijatých do denního stacionáře. Pacienti vyplňovali při přijetí a při propuštění z léčby dotazník Okolnosti interpersonálních problémů (Circumplex of Interpersonal Problems – CIP). Na počátku terapeuti označovali méně pocitů odmítání a ostražitosti u pacientů, kteří v subškálách CIP popisovali výrazné vyhýbavé, využívající a intruzivní rysy, než tomu bylo na konci léčby.

Tabulka 1. Příklady protipřenosových reakcí v supervizi

Kognitivní

K supervidovanému:

- Značkování osobnosti (rigidní, nepoučitelný, porucha osobnosti, nezralý, lajdák, diletant, anankast)
- Značkování chování (je neschopný, nemá na to, manipuluje, dělá to schválně, předvádí se, zveličuje, nerozumí tomu)

K sobě:

- Hodnocení míry přijetí, ocenění, bezpečí od supervidovaného (obdivuje mě, vzpouzí se)
- Hodnocení vlastních schopností v supervizi, zvládnání a nezvládnání (nevím si rady, musím ho poučit, protože to vím nejlépe)

Emoční prožitky (samolibost, pýcha, odtažitost, mocenská převaha, bezmoc, nejistota, bezradnost, smutek, zlost, strach, stud)

Tělesné reakce (napětí svalů, bušení srdce, žaludeční nevolnost, bolest hlavy, zúžený dech, nutkání na stolicí apod.)

Chování:

- Hyperkompenzace (nadměrná kritika, hledání chyb, moralizování, dirigování, znehodnocování, pohrdavé chování, útočná konfrontace, nadměrná ochrana, nadměrné pečování, kontrola, astenizace supervidovaného, ukazování nadřazenosti, chladný odstup apod.)
- Vyhýbání a zabezpečování (vyhýbání se konfrontaci, expozicím, odkládání kontroverzních témat, odkládání supervizních sezení, vytváření si bezpečného odstupu, odesílání k jinému supervizorovi, pasivita, podbízení se, znehodnocování sebe sama apod.)

Na konci léčby subškály CIP popisující dominanci, mstivost a chlad korelovaly výrazně s negativním protipřenosem. Výrazné protipřenosové reakce pak korelovaly s horšími výsledky léčby.

Betan, et al. (11) studovali národní reprezentativní vzorek 181 psychiatrů a klinických psychologů v Severní Americe. Každý z psychologů vyplnil baterii posuzovacích nástrojů u náhodně vybraného vzorku svých pacientů, včetně hodnocení osobnosti a dotazníku protipřenosu, který měří kognitivní, emocionální a behaviorální reakce v interakci s konkrétním pacientem. Faktorová analýza dotazníku protipřenosu (Countertransference Questionnaire) ukázala na 8 klinicky a koncepčně souvisejících faktorů, které byly nezávislé na klinické teoretické orientaci:

- 1) zahlcující/dezorganizovaný
- 2) bezmocný/nepřiměřený
- 3) pozitivní
- 4) speciální/nadměrně zapojený
- 5) sexualizovaný
- 6) nsvázaný (disengaged)
- 7) rodičovský/ochranný
- 8) kritizovaný/zneužívaný

Těchto 8 faktorů bylo spojeno s predikovanými možnostmi patologie osobnosti. Nezávisle na terapeutickém směru souvisely protipřenosové vzorce s vnímáním osobnostní patologie pacientů. Zdá se, že klinici, nezávisle na teoretické orientaci, stanovují diagnostické a terapeutické závěry podle své vlastní reakce na pacienta.

Zdroje protipřenosu

Jádrem protipřenosu, ať jde o terapii či supervizi, jsou zpravidla dřívější zkušenosti jeho nositele, které nebyly dostatečně zpracovány, a tudíž má nositel tendenci je projikovat do současných

vztahů. Zpravidla jde, alespoň zčásti, o zkušenosti s významnými osobami v dětství, jako jsou rodiče, prarodiče, sourozenci či učitelé. Pokud u nositele nebyly naplněny jeho základní potřeby v těchto vztazích (bezpečí, přijetí, ocenění), nebo zažil frustraci, zraňování, nebo odmítání, má tendence si vytvořit pravidla ve vztazích k druhým lidem, která ho před dalším přímým distresem ve vztazích chrání, ovšem za cenu redukce otevřenosti vztahů a rozvoje kompenzatorního nebo vyhýbavého chování. Následující vztahy, které se objevují později v dětství a dospělosti, pak upevňují původní pohled na vztahy, který se stává automatickým, z velké části nevědomým a nereflektovaným. Může však jít i o reakci na opakované problémy nebo neúspěch s pacienty určitého typu. Tento automatický „schematický“ pohled pak ovlivňuje chování k druhým. Toto chování může být vyhýbavé (například nedostatek otevřenosti, kongruence, strach z použití některých postupů) nebo kompenzatorní (například nadměrná péče či pomáhání, soutěžení, předvádění se).

Porozumění vlastním protipřenosovým reakcím a jejich zvládnání je jedním z hlavních účelů supervize. Sebereflexe nebo uvědomění si protipřenosu v supervizi pomáhá protipřenosovou reakci překonat a může být rozhodující pro překonání stagnace v léčbě. Ovšem aby byli schopni porozumět protipřenosovým reakcím supervidovaní terapeuti, musí jim především rozumět u sebe supervizor. Proto přiměřená sebereflexe a supervize vlastní práce (supervize supervize) patří k základním předpokladům pro přiměřený rozvoj kompetencí supervizora.

Typy protipřenosu a jeho kořeny

Protipřenos při supervizní práci se může projevat mnohými způsoby a zjednodušeně

Tabulka 2. Příklady protipřenosu a možné strategie změny (7, 8)

| 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, vctění, obětavost | Žádná |
| Obdivující | Ten člověk je výjimečný (krásný, originální, inteligentní apod.) | Obdiv, fascinace | Terapeut nedělá dostatečný assessment, nevede terapii, případně kroky bagatelizuje, nepožaduje domácí cvičení, má tendenci fascinovaně si povídat o pacientových výjimečnostech | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. „Normalizace terapie“ – vést stejně jako u jiných. Pokud nejde změnit chování a držet standardní terapii, možné pacienta 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 pacienta, nenechává ho samostatně jednat, skrytě zpochybňuje pacientovy zdroje | Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. Přestat s direktivitou vedení, nechat plánování na pacientovi, 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 pacientovi. | 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 pacientkou/pacientem se sexuálně stýká | Přestat s racionalizací svádívého chování, zastavit ho, přiznat si protipřenos, najít si supervizi, ujasnit si vlastní motivy, jejich kořeny, vliv na chování, nevýhody pro vedení terapie. Pokud přesto nejde vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi. Ani pak však sexuální vztah nekonsumovat |
| Bojácný | 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 pacientovi, sám do ní nevstupuje (někdy si to racionalizuje „empatickým vedením“), bojí se sdělit, co si myslí, alternativy nediskutuje | Pracovat na svém sebevědomí a sebedůvěře, pokud je to reakce na agresivní přenos pacienta – pomoci pacientovi 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 pacientovy potřeby, nemá čas, pacienta „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 pacientem 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 pacientem soupeří v názorech, „kdo má pravdu“, chlubí se a předvádí, špatně nese „pacientovy 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 pacientovy potřeby i postoje, posmívá se, nemá čas, netrpělivě vstupuje do pacientova sdělení, nenaslouchá | Pracovat na svých mezilidských vztazích, jít do vycviků (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 |

tyto projevy klasifikovat jako pozitivní (převažují kladné pocity k supervidovanému, projevuje se myšlením, prožíváním a chováním, kde výrazně převažuje sympatie, náklonnost, podpora, ochota apod.), negativní (převažují negativní pocity k supervidovanému, v myšlení, prožívání a chování je přítomen hněv, nepřátelství, zklamání, strach a podezřívavost apod.) a ambivalentní (objevuje se obojí).

Někteří lidé jsou přitahováni rolí terapeuta či supervizora, protože jim to umožňuje naplnit pocit kompetence, superiority a moci. Tato iluze kompetence může vést nevědomě k naplňování

jiných cílů, jako je potřeba mít moc nebo kontrolu, nebo projekci vlastních problémů na druhého člověka. To pak umožňuje terapeutovi nebo supervizorovi vyhnout se svým osobním problémům nebo přesunout své konflikty na pacienta či supervidovaného (6).

Pozornost věnovaná emocionálním a kognitivním reakcím na pacienta či supervidovaného je základní komponentou kognitivně behaviorální terapie a její supervize, obzvláště při supervizi práce s obtížnými pacienty. Navzdory krokovým postupům v léčbě a důrazu na techniky je protipřenos všude přítomný. Je součástí

všech terapeutických a supervizních vztahů. K dobrému vedení pacienta či supervidovaného v odhalování jejich myšlenek a emocionálních reakcí musí mít terapeut i supervizor schopnost rozpoznávat, označit, porozumět a vyjádřit svoje vlastní emoce (12). Porozumění vlastním omezením, vlastnímu odporu ke změně, je nezbytné pro porozumění pacientovi, supervidovanému i sobě samotnému (6). Jak rozpoznáváme, jaké emoční reakce supervidovaný vyvolává v nás, můžeme uvažovat, jak pravděpodobně alespoň zčásti reaguje na svého pacienta. Někdy se mluví o tzv. paralelním

procesu – jaké reakce vyvolává pacient v terapeutovi, takové vyvolává terapeut v supervizorovi. Tento pohled je však potřebné brát s nutnou rezervou, protože nikdy nebyl exaktně prokázán, a do jednotlivých reakcí vstupuje ještě řada osobnostních charakteristik zúčastněných a další okolnosti terapie.

Protipřenosovou reakci můžeme zachytit zejména ve svém chování, ale také ve svých myšlenkách, emočních prožitcích a v tělesných příznacích. Ke kognitivně behaviorální terapii patří plnohodnotné vyjadřování emocí v průběhu terapie, protože terapeut je pro pacienta mimo jiné také vzorem, jak se chovat přirozeně a samozřejmě, přitom však kultivovaně a zrale. Totéž platí pro supervizi, supervizor se v mnohém stává vzorem pro terapeuta, zejména, pokud je supervidovaný ve výcviku a svůj terapeutický styl si teprve začíná vytvářet. Podobně jako terapeut povzbuzuje pacienta k tomu, aby si všiml svých tělesných reakcí, je pro něj důležité, aby si všiml také vlastních, protože ho mohou upozornit na nevědomé procesy v terapeutickém vztahu. To samé potřebuje dělat i supervizor. Tělesné reakce nám často prozradí emoční pohyby, kterých si nejsme vědomi, nebo od nich odvádíme automaticky pozornost, protože jsou pro nás z nějakého důvodu těžko snesitelné. Každá změna tělesného a emočního prožívání či chování terapeuta k pacientovi a supervizora k supervidovanému naznačuje přítomnost automatických myšlenek. Změna tónu hlasu, pocity nejistoty, naléhavosti, komandování, nechut k supervizi, přetahování setkání nebo naopak jeho zkracování mohou být typickými projevy protipřenosových reakcí. V protipřenosu se mohou v automatických myšlenkách objevit všechny kognitivní omyly: „Tento pacient je hypochondr (značkování), „Usiluje o sekundární cíle“ (čtení myšlenek), „Nikdy se nezlepší“ (hádání budoucnosti), „Vůbec nic nedělá“ (černobílá myšlení), „Dělá mi to schválně (personalizace), „Měl by se více snažit“ (musturbace), „Pořád dělá stejné chyby“ (nadměrná generalizace) atd.

Protipřenos bývá nejčastěji ovlivněn terapeutovými či supervizorovými jádrovými předpoklady (core beliefs) a podmíněnými pravidly (conditional rules). Různí pacienti či supervizanti mohou aktivovat různá schémata. V těchto souvislostech popsal Leahy (6) následující schémata:

Nadměrné požadavky

Supervizoři či terapeuti s anankastickými rysy často vidí pacienty či supervizanty jako nezodpovědné, rozmazlené nebo líné. Věří,

Tabulka 3. Okolnosti protipřenosu

- **Osobnost** (rysy, lidskost, zralost, trpělivost, otevřenost, kongruence, preference, hodnoty, transcendence, míra sebereflexe, vyhořelost)
- **Atraktivita/neatraktivita** supervidovaného (osobnost, vzhled, postavení, konexe, třetí osoby, platby)
- **Vliv organizace** (postoje k určitým problémům, nároky na supervizora, jeho ohodnocení, loajalita)
- **Vliv vzdělání** (učitelů, teorie, výcviku a jeho doktrín, tréninku)
- **Vliv rodiny**
- **Životní situace a problémy** (např. vlastní rozvod, problémy s pojišťovnou, nedostatek času)
- **Další sociální vlivy**
- **Somatické vlivy** (nemoc, únava)

že vyjadřování emocí nebo nejistota mohou být ohrožující nebo devastující. Mají potíže vyjádřit vřelost a empatii k pacientovi či supervidovanému a dávají nadměrný důraz na „logiku“ a „racionální“. Pacienti či supervidovaní mohou mít pocit, že supervize je příležitost pro supervizora ukázat, že je bystřejší než oni sami. Perfekcionistický supervizor se může pokoušet kompenzovat svoje hlubší pocity nedostatečné kompetence tím, že požaduje perfektní výkon od sebe či od supervidovaného. Typický řetězec automatických myšlenek může vypadat následujícím způsobem: „Supervidovaný dělá chyby → moje práce mi nejde → budu vypadat jako neschopný → selhal jsem → sám to u sebe nesnesu.“ V některých případech supervizoři s nadměrnými standardy mohou kompenzovat svůj perfekcionismus tím, že nadměrně kritizují a požadují více a více od supervidovaného.

Opuštění

Supervizor s nedostatečně zpracovaným schématem opuštění může mít obavy, že pokud konfrontuje supervidovaného s něčím negativním, supervidovaný jej opustí. Předčasné ukončení supervize je chápáno jako osobní odmítnutí supervizora. Supervizor pod vlivem schématu opuštěnosti se může chovat různými způsoby, které toto schéma odrážejí: například může na jedné straně nadměrně o supervidovaného pečovat, avšak na druhé straně se může vyhýbat uzavření smysluplného kontraktu. Nadměrné pečování může mít formu ochrany supervidovaného před jakýmkoliv potížemi, stálými radami, otálením s negativní zpětnou vazbou nebo přednostním řešením supervizantových problémů, které má se supervizorem společné. Supervizor, který se vyhýbá navázání vztahu, se často zaměřuje spíše na konceptualizaci a techniky než na smysluplné diskuze o utváření vztahu. Takový supervizor se vyhýbá obtížnějším tématům a úzkost provokujícím intervencím. Často si bere bolestně osobně supervizantův odlišný názor, vynechávání sezení nebo nedostatek zájmu v supervizi. Supervizantův odpor bývá vnímán jako osobní odmítnutí.

Nadměrná potřeba přijetí

„Líbivý“ supervizor může být velmi zdatný v projevech empatie k supervidovanému. Věří, že supervidant se má hlavně cítit dobře, ať se děje cokoli. Vřelost a empatie takového supervizora jsou mnohými supervidovanými oceňovány, protože nikdy nevyjadřuje negativní emoce a nekonfrontuje s nedostatky. Takový typ supervizora se obvykle vyhýbá otázkám na supervizantovy negativní emoce. Tato témata se mu zdají příliš rozrušující, a proto nepřijatelná. Supervidovaný může vynechávat setkání, chodit pozdě, nedělat úkoly, ale supervizor s nadměrnou potřebou přijetí nechce „vyvolat konflikt“ a tak to všechno toleruje. Pokud se léčba terapeutovi nedaří, má supervizor tendenci se obviňovat z vlastní neschopnosti.

Potřeba výjimečnosti

Supervizor s narcistickými osobnostními rysy vidí supervizi jako možnost ukázat svůj výjimečný talent. Supervize složitějšího případu může začít grandiozními nadějemi, vyjádřením supervizora, že supervizant konečně našel „pravého supervizora“, který mu pomůže všechno vyřešit. Velmi rád radí a všechno ví nejlíp. Investice supervizora do vlastního image nejlepšího, speciálního supervizora může vést k hanobení všech terapeutů, kteří „selhali“ v léčbě obtížného pacienta. Takový supervizor se cítí povolán k tomu, aby s ním supervidovaný spolupracoval a obdivoval ho. To může vést k povzbuzování, aby supervidovaný narušoval hranice, dělal překvapivé intervence nebo supervizor sám hranice narušuje. Protože vlastní terapie pak nemusí nefungovat, supervizor se začíná nudit, zlobit nebo začíná supervidovatele kritizovat. Spíše než by se cítil do pochopitelné frustrace supervidovaného z toho, že léčba nemá žádný výsledek, supervizor se obrací proti supervidovanému, obviňuje jej z nedostatku snahy apod. Změna narcistické perspektivy je obtížná, protože obsahuje tendenci vidět chyby vždy v druhých. Ke změně narcistické perspektivy se musíme být schopni zeptat sami sebe: „Jak bych se sám cítil na místě tohoto supervidovaného?“

Tabulka 4. Záznam dysfunkčních myšlenek supervizora

| Situace | Emoce | Automatické myšlenky | Racionální reakce |
|---|---|--|---|
| Supervidovaný přišel pozdě; nepřestává s dramatickým líčením; márně se jej pokouším nasměřovat k vytvoření programu sezení. | Frustrace Zklamání Nejistota Rozpaky | Nikdy se nezlepšil! Moje supervize nemá smysl! Jsem neschopný supervizor! Nevím, co dále. Můj postup nemá smysl. | Uvědomit si, že můj tlak nemá smysl, a vyhnout se obviňování, zkusit být více chápat a zaměřit se na supervidovaného, ne na pocity svého zklamání. Supervidovaný dokáže lépe označovat vlastní emoce i rozumět lépe reakcím svého pacienta. Také jsem se zaměřil více na techniky než na vztahovou podporu. Potřebuji více respektovat jeho přednosti a hodnoty, pomoci ho naučit lépe definovat problémy s pacientem. Protože cítím nejistotu a rozpaky, to neznamená, že jsem neschopný nebo že se mám stydět. Moje frustrace souvisí s mým přehnaným očekáváním, že všichni terapeuti musí rovnou dokonale pracovat se svými pacienty, pokud se tak nestane, je to moje chyba. Je vůbec pravda, že dobrý supervizor nikdy necítí rozpaky a nejistotu? Dopřítě mohu promyslet další možnosti řešení a případně jít na vlastní supervizi. |

Možnosti korekce

Pokračující diskuze terapie s kolegy nebo supervizorem má velkou hodnotu (dokonce i pro zkušené terapeutky) a u empiricky zkoumaných terapeutických přístupů je považována za nezbytnou (13). Takové rozhovory zvyšují terapeutovou schopnost jasně vidět pacientův přenos a porozumět rychle svému protipřenosemu hněvu či zklamání (14, 15). Supervize může terapeuta podpořit, ukázat mu jiný pohled na situaci a její řešení, zejména ve složitých situacích mu pomáhá se vyznat. V supervizi se daří snadněji oddělit terapeutovy nenaplněné potřeby od pacientových problémů i vidět, kde si řeší své problémy spíše terapeut než pacient. Dobrá supervize je pro terapeuta také vzorem, jak se chovat v terapii, jak zůstat otevřeným k dalším možnostem a jiným pohledům, jak být tolerantní, neodsuzující, chápat, citlivý a přitom pevný. Dobrá supervize vytváří bezpečné, přijímající a přitom oceňující místo, kde terapeut může otevřít všechny svoje pocity a postoje (13).

Sám supervizor potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k supervidovanému, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích (16, 17). V průběhu procesu supervize potřebuje monitorovat její proces, zejména své silnější emoční reakce na supervidovaného, jak pozitivní, tak negativní, a tok své vnitřní řeči. Tyto reakce pak potřebuje porovnat s podobnými reakcemi v minulosti a zkusit najít, z jakých jeho postojů k sobě a lidem vycházejí. Supervizor monitorující své vlastní pozitivní a negativní pocity si potřebuje být vědomý zejména následujících reakcí:

- obavy nebo nadměrná radost z nadcházejícího sezení se supervidovaným
- nadměrná zlost/něnavist nebo naopak pocity náklonnosti k supervidovanému
- chuť předčasně sezení ukončit nebo naopak protáhnout je
- silné přání ukončit supervizi nebo naopak obavy z jejího ukončení

Prvním krokem ke zvládnutí protipřenosu je supervizorovo uvědomění si, že jeho pocity k supervidovanému jsou nápadně výrazné, buď pozitivně, nebo negativně. Je vhodné si dopřát nějaký čas, nejlépe mimo supervizní prostředí, a položit si trpělivě několik otázek:

- Jak emočně na supervidovaného reaguji?
- Není to poněkud přehnané?
- Proč tohoto člověka nemám, nebo naopak mám tak rád?
- Které věci nápadně chci nebo nechci s tímto supervidovaným diskutovat?
- Co vyvolává moje pocity nepohody?
- Nejsou zde nějaké známky problémů supervidovaného, které jsem přehlédl? Co mi to říká o mně samotném, že jsem je přehlédl?

Způsob, jak supervizor zachází s myšlenkami vztaženými k supervizi, může vést k potřebě kognitivní restrukturalizace, aby došlo ke snížení negativních nebo nadměrně pozitivních emocí a supervize mohly zdárně pokračovat. Je užitečné konfrontovat každý strach z udělení supervizní chyby a pokusit se porozumět, co těmto obavám předcházelo. Reakce supervizora mohou mít různé zdroje, včetně kulturně daných postojů a hodnot, pohledu na vlastní profesní roli, jedinečnou životní zkušenost včetně výcviku, nebo mohou být spuštěny interakcí se supervidovaným jeho chováním (18).

Závěr

Jediným způsobem rozpoznání protipřenosu v supervizi je důsledné uvědomování si vlastních myšlenek a postojů, které ovlivňují to, jak reagujeme na chování supervidovaného. Více než na kontrolování vlastních emocí je KBT supervizor veden k tomu, aby si jich u sebe všiml a zvažoval, jak se v supervizi u něj objevují a s jakými myšlenkami a postoji jsou svázány.

Tato práce byla podpořena výzkumným grantem IGA MZ ČR NS 9752-3/2008.

Článek doručen redakci: 4. 11. 2010

Článek přijat k publikaci: 3. 1. 2011

Literatura

1. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.
2. Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York, Guilford, 1995.
3. Persons J. Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation. New York, WW Norton, 1989.
4. Gluhoski V. Misconceptions of cognitive therapy. Psychotherapy 1994; 31: 594–600.
5. Young JE, Weishaar ME, Klosko JS. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford, 2003.
6. Leahy RL. Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. The Guilford Press, New York, 2003.
7. Praško J, Herman E, Horáček J, et al. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003.
8. Prasko J, Diveky T, Grambal A, et al. Transference and counter-transference in cognitive behavioral therapy. Biomedical Papers 2010; 154(3): 189–198.
9. Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, et al. 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.
10. Rossberg JJ, Karterud S, Pedersen G, et al. Specific personality traits evoke different countertransference reactions: an empirical study. J Nerv Ment Dis. 2008; 196: 702–708.
11. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. Am J Psychiatry 2005; 162(5): 890–898.
12. Beck AT, Freeman A, Davis DD and Associates. Cognitive therapy of Personality Disorder. The Guilford Press, New York, 2004.
13. Gunderson JG, Links PS. Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008.
14. Gabbard GO, Wilkinson SM. Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, American Psychiatric Press, 1994.
15. Margison FR, Barkham M, Evans C, et al. Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 123–130.
16. Linehan MM, Kehrer CA. Borderline personality disorder. In: Barlow DH. (ed.) Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. The Guilford Press, New York, 1993: 396–441.
17. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, et al. Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester: Wiley, 1997.
18. Kimmerling R, Zeiss A, Zeiss R. Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. Cognitive and Behavioral Practice 2000; 7: 312–321.

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

