

SEBEREFLEXE V KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A SUPERVIZI

souborný článek

Ján Praško^{1,6}
Petr Možný^{2,6}
Miroslav Novotný^{3,6}
Miloš Šlepecký^{4,6}
Jana Vyskočilová^{5,6}

¹Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

²Psychiatrická léčebna Kroměříž

³Psychiatrická ambulance Jeseník

⁴ABC centrum, Liptovský Mikuláš

⁵Psychiatrické centrum Praha

⁶Odyssey, mezinárodní institut KBT

Kontaktní adresa:

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

SOUHRN

Praško J, Možný P, Novotný M, Šlepecký M, Vyskočilová J. Sebereflexe v kognitivně-behaviorální terapii a supervizi

Vědomé rozpoznání vlastních emocí, citů, myšlenek či postojů v době jejich vzniku, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat patří mezi nejdůležitější schopnosti terapeuta a supervizora. Sebereflexe v terapii či supervizi je cyklický proces, ve kterém terapeut či supervizor posuzuje svoje emocionální a kognitivní zážitky, uvědomuje si svoje behaviorální reakce a pomocí vnitřního dialogu a generalizace dosahuje vzhledu a mění původní postoje a přesvědčení, týkající se terapeutické (nebo supervizní) situace. Sebereflexe v terapii je průběžný proces, který má velký význam pro vytváření terapeutického vztahu, samotný profesionální růst terapeuta a pro pokračující vývoj terapeutických dovedností. Uvědomování si vlastních emocí je základní schopností, z níž se pak vyvíjejí další, které jsou důležité pro terapii jako emoční sebeovládání. Terapeuti, kteří dobře rozumějí svým vnitřním hnutím v průběhu setkání s klienty, se dokážou lépe rozhodovat, odlišit své vlastní potřeby od potřeb klienta, porozumět přenosu i svému protipřenosu a zvážit optimální reakci v každém okamžiku sezení. Umějí nakládat se svými city tak, aby odpovídaly situaci a aby jejich reakce sledovala nejlepší zájmy klienta. Sebereflexi může terapeut praktikovat sám za použití klasických technik kognitivně-behaviorální terapie nebo se jí učí v průběhu supervize.

SUMMARY

Praško J, Možný P, Novotný M, Šlepecký M, Vyskočilová J. Self-reflexion in cognitive behavioral therapy and supervision

Well knowing recognizing of own personal emotions, feelings, thoughts or attitudes at the time when they arise, the ability to follow them and continuously be conscious of them, be ranked among the most important abilities of the therapist and supervisor. Self-reflection in the therapy or supervision is cyclic process in which the therapist or supervisor assessed his/her emotive and cognitive experiences, become to realized his/her behavioral responses and through inner dialogue and generalization reach the insight and the change of the original attitudes and beliefs concerning therapeutic (or supervisory) situation.

Self-reflection of the therapist during the therapy has great impact to the therapeutic relation, to the professional growth of the therapist and influences the development of therapeutic skills. Self-reflection of the personal emotions is basic skill for the therapy, from which next skills and competencies can develop. Therapist who is skilled to understand his/her inner motions during the encounters with clients, prove better decisions, separate their own needs from needs of client, understand transference and countertransference and entertain optimal response in every moment of the session. He/she can use his/her feelings and inner experiences to react to best interests of the client. Therapist can practice self-reflection using classical cognitive behavioral techniques or dur-

Klíčová slova: supervize, kognitivně-behaviorální terapie, sebereflexe, přenos, protipřenos.

ing supervision of his/her therapeutic work.

Key words: supervision, cognitive behavioral therapy, self-reflection, transference, countertransference.

ÚVOD

Vědomé rozpoznání vlastních emocí, citů, myšlenek či postojů v době jejich vzniku, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat patří mezi nejdůležitější schopnosti terapeuta a supervizora. Boud et al.¹ mluví o sebereflexi jako o intelektuální a afektivní aktivitě, kterou jedinci používali k probádání svých zážitků tak, aby jim lépe porozuměli a zhodnotili je. Sókratova rada „Poznej sám sebe“ se pravděpodobně týká tohoto základního předpokladu životní moudrosti – neustálého uvědomování si svých pocitů a otevřenosti vůči nim. Sebeuvědomování můžeme také charakterizovat jako nestrannou, neposuzující pozornost zaměřenou na stav našeho nitra.² Tento druh pozornosti nestranně přijímá všechno, co prochází vědomím, jako bdělý pozorovatel. Sebereflexe není pozornost, která byla unesena emocemi, které pak ovládají jednání, ale naopak pozornost, která zachovává neutrální postoj „pozorovatele“, který dokáže zachovat sebereflexi i ve víru rozbourěných citů. K označení uvědomění si vlastních myšlenkových a postojových procesů se užívá pojem meta-kognice,³ k označení uvědomění si vlastních emočních procesů pak pojem meta-nálada. Zde budeme používat pro obojí termín sebereflexe nebo sebeuvědomování, protože kognitivní a emocionální reakce probíhají většinou souběžně a při sebereflexi si uvědomujeme obojí najednou vcelku, jako rub a líc mince.

Sebereflexe v terapii byla popsána jako cyklický proces, ve kterém terapeut kriticky posuzuje svoje emocionální a kognitivní zážitky a uvědomuje si své behaviorální reakce, pomocí vnitřního dialogu a generalizace dosahuje vzhledu a měni své původní postoje a přesvědčení, týkající se terapeutické (nebo supervizní) situace.^{4,5,6} V sebereflektivním uvědomění mysl pozoruje a zkoumá veškeré zážitky, včetně emocí a tělesných reakcí.^{7,8}

VÝZNAM SEBEREFLEXE

Sebereflexe má významný vliv při utváření terapeutického vztahu.^{9,10,11} Sebereflexe v terapii je průběžný proces. Uvědomování si vlastních vnitřních zážitků je základní dovednost, ze které pak vyrůstají jak další dovednosti, tak znalosti a postoje důležité pro terapii. Patří sem uvědomění si své role jako terapeuta, rozpoznání přenosu a protipřenosu, emoční sebeovládání a kontinuální rozvoj terapeutických kompetencí.^{3,12}

Bennett-Levy¹³ ve svém Deklarativně-Procudurálně-Reflektivním (DPR) modelu vytváří užitečný pohled na konceptualizaci rozvoje terapeutických dovedností. Tento model rozlišuje 3 systémy informačního zpracování.^{13,14}

Deklarativní systém je systémem znalosti založeným na intelektuálním porozumění teoretickým modelům a jejich praktickým důsledkům.¹⁵ Při aplikaci na sebereflexi je to znalost o tom, co je to sebereflexe, jaký je její význam, jak je možné ji nacvičovat apod. Tyto znalosti znamenají základ pro další systémy, samy o sobě však jsou jen teorií, která bez praktické zkušenosti neumožňuje kvalitní terapeutickou praxi.

Procudurální systém je pokladnicí dovedností, postojů a chování v akci. Jde o praktickou kompetenci, dovednost, profesionální umění. Tento systém je sycen nácvikem a praktickou zkušeností s klienty.

Reflektivní systém je nejdůležitějším pro pokračující vývoj dovedností.^{16,17} Jeho význam narůstá zejména v situacích, kdy získané deklarativní znalosti a procedurální dovednosti nestačí, protože aktuální situace je složitá, pacient je rezistentní na dosavadní přístupy, kdy se objevuje přenos a protipřenos. Schopnost sebereflexe odlišuje od sebe průměrné terapeuty a experty.¹⁸ Tento systém je budován hlavně supervizí a pravidelným praktikováním sebereflexe.

Terapeuti, kteří dobře rozumějí svým vnitřním hnutím v průběhu setkání s klienty, se dokážou lépe rozhodovat, odlišit vlastní potřeby od potřeb klienta, porozumět přenosu i svému protipřenosu a zvážit optimální reakci v každém okamžiku sezení.^{19,20} Umějí nakládat se svými city tak, aby odpovídaly situaci a aby jejich reakce sledovala nejlepší zájmy klienta. Sebereflektující terapeuti si průběžně uvědomují svoje kognitivní a emoční hnutí a jejich emoční projevy jsou kultivované.²¹ Znalost vlastních reakcí se stává základem pro nezávislost a znalost vlastních hranic, regulaci vlastní nálady. Sebereflexe je obzvláště důležitá při práci se složitými pacienty. Hofart et al.⁹ zkoumali, nakolik jsou emoční reakce terapeutů na jejich agorafobické pacienty ovlivněny poruchou osobnosti u pacienta a jeho problémy s interpersonálním chováním a nakolik to ovlivňuje výsledek léčby. Závažnost poruchy osobnosti významně souvisela s pocitem nejistoty u terapeutů. Čím více si byl terapeut nejistý, tím horší byl výsledek léčby.

Studie Jennings a Skofholta,²² která zkoumala osobní charakteristiky „mistrů terapie“, ukázala, že reflektivita hraje v jejich terapeutickém fungování zásadní roli. Tito „mistři“ vykazovali reflektivní otevřenou reakci bez používání obran i při reakci na negativní zpětnou vazbu. Pro tyto experty byla typická touha dozvědět se a porozumět také ambivalentní povaze svých životních zkušeností a sebereflexi užívali jak ve svém osobním životě pro lepší porozumění sobě i druhým, tak v terapeutické praxi.

Schopnost sebereflexe také prohlubuje schopnost vnímavosti k vnitřním hnutím druhých lidí, podněcuje altruismus, zvyšuje naladění na subtilní projevy toho, co druzí chtějí či potřebují.^{2,23} Rozvoj sebereflexe je obzvláště významný ve světle studií, které udávají, že až 60 % klinických psychologů pracuje s klienty i v době, kdy se sami cítí v nepohodě a jejich práce je málo efektivní.²⁴ Návnik pozornosti k vlastním emocím a schopnosti sebereflexe může zlepšit schopnost rozpoznat vlastní nepohodu a předejít tak negativnímu vlivu na klienty.^{25,26} Návnik sebereflexe v terapii je obzvláště důležitý pro začínající terapeuty, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování. Z transkulturní perspektivy je terapeutova sebereflexe základní komponentou pro proces budování vztahu, sdílení moci a povzbuzování klientova názoru. Pro kulturně citlivou praxi je důležité uvědomění, jak kulturní, etnická či rasová identita klienta, supervizora a supervidovaného ovlivňují terapeutický a supervizní vztah.²⁷

Reflektivita je pojem často používaný jako synonymum k sebereflexi. Během výukových programů učitelů je považována za základní element důležitý pro rozvoj dovednosti kriticky myslet,^{28,29,30} uplatňuje se i při výuce medicíny³¹ a zdravotní péče.³² Studie téměř 200 studentů medicíny ukázala, že zavedení kontinuálního

reflektování patří mezi nejdůležitější komponenty jejich výcviku, protože umožňuje zvýšení schopnosti učit se dalším dovednostem v průběhu didaktických kurzů.³¹ Podobně byl zkoušen návnik reflektivity v návniku profesionálů pečujících o psychicky nemocné a k jejich supervizi.^{33,34}

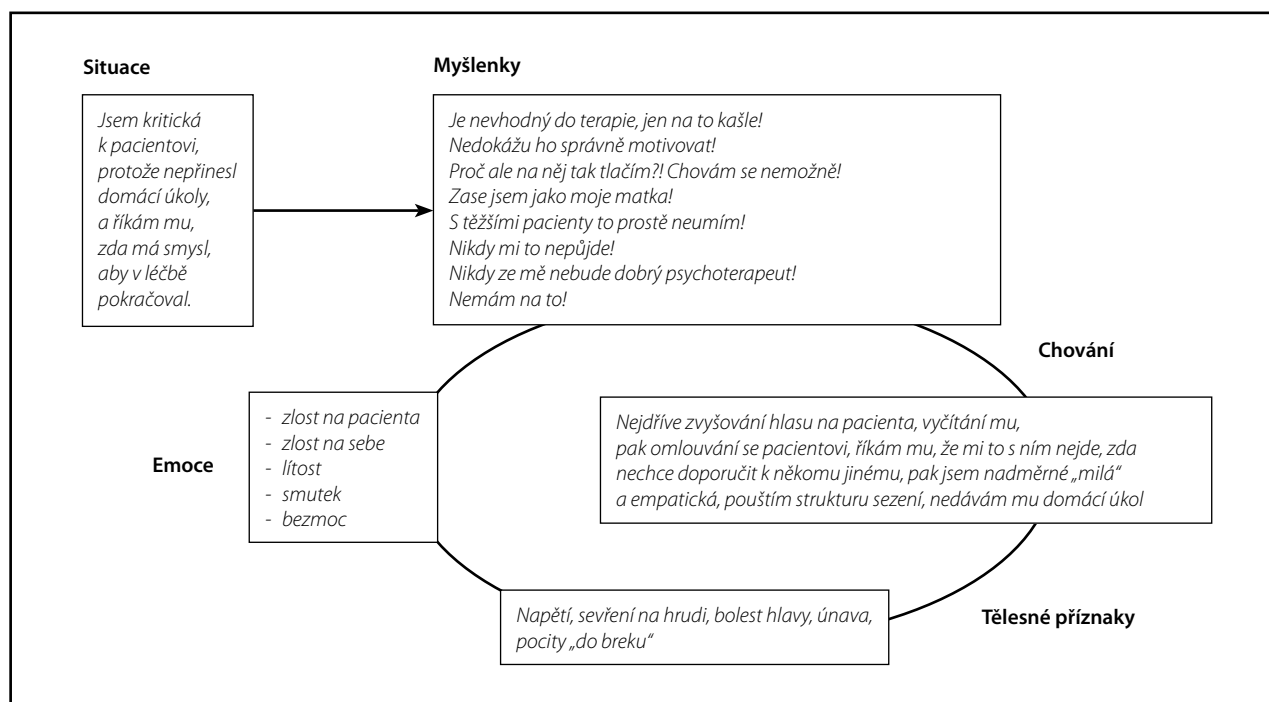
Souhrnně se zdá, že schopnost sebereflexe zlepšuje jak procedurální zkušenost v terapeutickém procesu, tak schopnost klinika kontinuálně užívat svoje vlastní emoce k lepšímu porozumění terapeutickému vztahu.^{17,35} Tato kontinuální sebereflexe je podobná nesoudčivému zvědavému zaměření, jak se uplatňuje během technik všímavosti.³⁶

ROZVOJ SEBEREFLEXE

Obecná schopnost sebereflexe se zvyšuje v průběhu vlastního terapeutického výcviku a schopnost sebereflexe v průběhu terapie narůstá v průběhu supervize.^{37,38} Sebereflexi může terapeut praktikovat sám za použití klasických technik kognitivně-behaviorální terapie nebo se ji učí v průběhu supervize.³⁹ Pro vlastní praktikování lze použít bludného kruhu na zmapování svých vlastních reakcí na pacienta.^{21,40}

Jinou možností je pravidelně po sezení dělat záznam automatických myšlenek, kdy má terapeut čas zvážit, co se v něm dělo a co vlastně chce, proč určitým způsobem emočně reaguje a proč se určitým způsobem chová. Další možností je, že terapeut pomocí techniky padajícího šípu prozkoumá svá vlastní schémata, aby si zprostředkoval hlubší porozumění, ze kterých stojí jeho myšlenky, emoce a chování vycházejí.²¹

Je možné si také dělat zápisky o svých myšlenkách během terapeutického sezení nebo během sledování se na audio- či videonahrávce sezení s pacientem.⁴¹ Zpočát-



Obr. 1. Bludný kruh reakce na pacienta během terapeutického sezení

Tab. 1. Záznam dysfunkčních myšlenek – terapeutická situace

Situace	Automatické myšlenky: Věřím 0–100%	Emoce: Intenzita 0–100%	Fakta pro	Fakta proti	Alternativní myšlenka: Věřím 0–100%	Emoce: Intenzita 0–100	Akce: Co nyní Co příště
Nudím se a zívám, když se pacient vmlouvá na stejné věci po několikáté.	Stále říká to samé! Nikam se to nehýbe! Nechce nic řešit! Je mu v tom dobře!	Nuda 70 % Znechucení 80 % Zlost 60 % Pohrdání 50 %	Už potřetí neudělal úkol. Opakovaně se omlouvá ze sezení. Udělal méně expozic, než jsme naplánovali.	Mluví stále o propuštění z práce, je to nový problém. Už udělal toho docela dost a hodně se zlepšil. Je teď zaskočený tím, že ho propustili z práce. Udělal jich méně, ale přesto řadu expozic udělal.	Mluví o tom, co ho nejvíce stresuje, a neumí to řešit. Je teď zklamán, že přes velkou snahu a boj s fobií ho nyní čeká nový stres při hledání zaměstnání. Dobře mu v tom není.	Nuda 0 % Znechucení 30 % Zlost 20 % Pohrdání 0 %	Budeme se věnovat nyní nejzávažnějším problémům. Na dalších sezeních budu s ním řešit jak agorafobii, tak problém zaměstnání.
Padající šíp – hledání schématu o sobě				Padající šíp – hledání schématu o druhých			
Co to znamená o mně?				Co to znamená o něm?			
Nedaří se mi ho léčit – nejde mi to!				Dělá mi to naschvál!			
Co je na tom pro mě tak špatného?				Co je na tom tak špatného?			
Jádrové schéma: Jsem neschopná terapeutka!				Pacienti mi dělají naschvály!			
Jak by to muselo vypadat, abych nebyla neschopná?				Jak by to muselo vypadat, aby to tak nebylo?			
Abych byla schopná, musí mi s každým vždy terapie jít výborně!				Všichni pacienti by se měli snažit mi pomáhat!			

ku nahrávání vyvolává u supervidovaných obavy, protože si nejsou jisti svými dovednostmi, obávají se negativního hodnocení od druhých, ale také od sebe samých, až se na nahrávce uvidí.⁴² Supervize je zaměřena na to, aby supervidovaný na sebe získal náhled, což zpočátku může vyvolávat úzkost. V průběhu supervize si však zpravidla supervidovaní zvyknou a na kameru po několika nahrávkách zapominají. Pokud je supervize bezpečná, povzbuzující a respektující, nahrávání za krátkou dobu nedělá problémy.¹²

PROBLÉMY SE SEBEREFLEXÍ

Pokud terapeut není schopen si svoje pocity, myšlenky či vliv svých postojů v terapeutické situaci uvědomit, je vůči nim bezbranný a mohou řídit jeho chování v neprospěch pacienta i jeho samotného.⁴⁰ Terapeuti, kteří se často dostávají do zajetí svých emocí, nejsou schopni jim nijak uniknout. Svoje pocity ani kognitivní reakce si většinou neuvědomují nebo k tomu dochází až poté, co se nějak zachovají.⁴⁰ Podléhají svým náladám, často reagují protipřenosev nebo se cítí v terapeutické situaci bezradně.⁴³

Někteří lidé mají se sebereflexí problémy. Neradi o sobě přemýšlejí, hůře zaznamenávají, na co myslí, a mají potíže zachytit, co se v nich děje emocionálně. Často jde o důsledek mentálního vyhybání. Hlubší sebereflexe by je mohla ohrozit myšlenkami a pocity, které by dotýčný raději neměl. Mohl by například zjistit, že se na druhé zlobí, že se cítí bezmocný, že je mu smutno nebo prožívá úzkost. Těmto lidem jejich kognitivní a emocionální schémata říkají, že by takové myšlenky a pocity mít neměli, nebo

je musejí zapudit, protože znamenají slabost či nepřijatelnost pro druhé.⁴⁴ Týká se to také terapeutů ve výcviku. Bloky v sebereflexi však brání pochopení protipřenosevých fenoménů a mohou omezovat schopnost utvořit kvalitní terapeutický vztah, protože terapeut si není vědomý svého vlastního podílu na něm.⁴⁰

SEBEREFLEXE A SUPERVIZE

Sebereflexi se terapeut významně učí během supervizního procesu a jeho postoje i chování tak mohou být lépe využity ve prospěch práce s klienty. Prohlubování sebereflexe probíhá během výcviku a supervize kontinuálně. Terapeuti, kteří sebereflexi při práci často používají, postupně svou schopnost sebereflexe zdokonalují. Sebereflexe je důležitou komponentou růstu klinických dovedností supervidovaných.⁴⁵ Proto je důležité, aby supervizoři posilovali schopnost sebereflexe u supervidovaných. Bohužel častěji se stává, že supervizoři automaticky svoji pozornost zaměřují spíše na technické komponenty terapie, které se snaží hodnotit, a na důležitost sebereflexe supervidovaného zapomínají. Zdá se však, že pokud v supervizi nevěnujeme dostatek pozornosti sebereflexi supervidovaného, může zůstat v pasti neporozumění klientovi a terapie se nedaří.⁴⁶ Všichni supervidovaní nezávisle na tom, jak jsou cvičeni, mohou mít z většího zaměření na sebereflexi prospěch.²⁰

Pocity nejistoty a disonance (nesouladu) znejistují klinika, jsou ovlivněny osobností supervizora a supervidovaného stejně jako prostředím při supervizi. V procesu supervize k učení se sebereflexi dochází během dialogu supervizora a supervidovaného, kdy se společnými silami

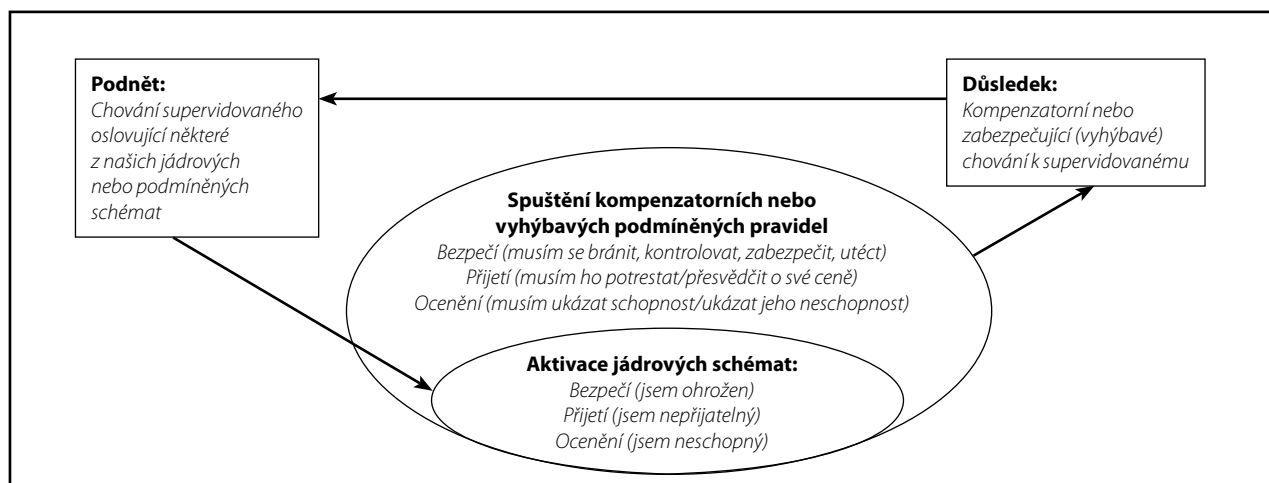
snáží porozumět emoční reakci supervidovaného v určité terapeutické situaci nebo v určitém terapeutickém vztahu na základě toho, jak supervidovaný této situaci rozumí.^{47,48} Výsledkem sebereflexe může být jak nové porozumění situaci, tak nová reakce, která může být použita v klinické praxi. Jednoduše řečeno, supervizor a supervidovaný se zaměřují na lepší porozumění tomu, jak se supervidovaný cítí, jak myslí a jak se chová v interakci s klientem, a aplikují toto porozumění do terapeutického procesu v následujících sezeních.

V kvantitativní studii, ve které zkoumali více než 100 odborníků na duševní zdraví v pěti stádiích jejich profesionálního růstu, Skofholt a Ronnestad⁴⁹ zjistili, že zavedení nácviku kontinuální profesionální reflexe může být rozhodujícím faktorem pro postupné profesionální zrání. Navíc praktici, kteří začlenili reflektivní postoje do své klinické praxe, byli schopni vytvářet podporující a otevřené profesionální prostředí a často o své praxi vedli rozhovory se svými kolegy. Naopak jedinci, kteří sebereflexi nepoužívali, vykazovali často nedostatečný a fragmentovaný profesionální rozvoj.

Pro schopnost sebereflexe mohou být důležité nahrávky supervizních sezení nebo sledování supervize kolegy.⁵⁰ Zpětná vazba během sledování nahrávky může ukázat velmi jasně, jak supervizor užívá sebereflexe. Supervizor se například může vyhýbat kritické sebereflexi tím, že kladě supervidovanému stále další otázky nebo používá obecné nebo teoretické odpovědi na otázky. To se někdy označuje jako „hraní her“. Supervizor se například vyhýbá tomu, aby ukázal vlastní zranitelnost, nebo se pokouší snížit svou hladinu úzkosti a nejistoty tím, že se vyhýbá diskusi o citlivých tématech.⁵¹ Supervizor se vyhýbá sebereflexi zejména tehdy, když je sám přecitlivělý nebo naopak necitlivý na kritiku, či se bojí ukázat vlastní zranitelnost, pochybuje o svých supervizních dovednostech a bojí se přiznat, že něco také neví nebo je si v něčem nejistý.^{26,52} Známkou toho, že se supervizor vyhýbá kritické reflexi, může být zdůrazňování teorie místo diskuse o osobních nebo profesních zážitcích.⁵³ K upevnování sebereflexe u supervizora lze použít podobných přístupů jako při nácviku sebereflexe u terapeutů: záznamy bludných kruhů, automatických myšlenek, propracování kognitivních schémat souvisejících s protipřenosem.

Dosud byla věnovaná jen malá pozornost tomu, jaké strategie použít ke zvýšení reflektivních postojů u studentů a supervidovaných. Již před zahájením supervize by měl supervizor sám reflektovat své postoje k supervidovanému a ozřejmit si, jak nový vztah vnímá, jaké emoce a postoje v něm vyvolává. Tento proces sebereflexe zahrnuje také pozornost vůči kulturnímu pozadí všech účastníků – supervizora, klienta i terapeuta. Pokud je to pro terapii užitečné, může supervizor být také modelem pro terapeuta, jak reflektovat vlastní hlubší postoje. Na počátku supervize bývá supervidovaný napjatý, nejistý si svou terapeutickou rolí, úzkostný. Bývá však zpravidla vysoce motivovaný dělat to nejlepší, co umí.⁴² Noví frekvenci ve výcviku mohou mít obavy z toho, jaký bude mít supervizor názor na jejich práci, strach z kritiky, zda jsou horší nebo lepší než jiní supervidovaní apod. Pro počátek supervize bývá typická určitá závislost na supervizorovi, kterou však může supervizor zmírnit pomocí sebeotevření a vytvořit tak postupně spolupracující společenství dvou partnerů. Vlastním sebe-otevřením zpravidla inspirované supervidovaného k tomu, aby se sám sebeotevření nebál. Již na počátku supervizního vztahu má supervizor zodpovědnost zdůraznit význam sebereflexe a jít v tom supervidovanému příkladem. Důležitost sebereflexe může podtrhnout již ve stanovení supervizního kontraktu, během kterého diskutuje se supervidovaným motivaci a očekávání od supervize, dále je pak potřebné pravidelně každodenní propracování.⁴⁶

Watkins⁵⁴ zdůrazňuje, že čím je supervizor zkušenější, tím větší množství sebereflexe používá ve své supervizi a tím otevřeněji mluví o svém prožívání během supervize. Podobně Dunne⁵⁵ argumentuje, že aby se supervidovaní naučili dobře seberefektovat, je potřebné, aby supervizor prováděl sebereflexi sám. Tento model je pro výuku supervidovaných zásadní.⁴⁶ A tak supervizoři, kteří selhávají v sebereflexi, zejména v multikulturní orientaci, neumějí ani zprostředkovat supervidovaným pochopení, jak kulturní, rasová a etnická identita ovlivňuje terapeutický a supervizní vztah.²⁷ Porozumění kulturní, sociální, politické, etnické a osobní historii supervidovaného již před začátkem supervize pomáhá supervizorovi lépe strukturovat supervizní prostředí a on je pak schopen lépe komunikovat pozitivní aspekty a stimulovat osobní



Obr. 2. Schéma protipřenosu v supervizi²¹

růst. Podle současné transkulturní teorie v poradenství mohou jedinci s různým kulturním zázemím vnímat projevy důvěry a posílení od supervizora odlišně.⁵⁶ Lidé z některých kulturních skupin mohou preferovat direktivní supervizní postupy, zatímco lidé z jiných kulturních skupin mohou dávat přednost svobodnějšímu a individualistickému přístupu.⁵⁷ Navíc supervizoři si musejí být vědomi, že kulturní základy mohou být spojeny s odlišnou zranitelností a s různým způsobem sebeotevření. Supervizoři také potřebují zvažovat vlastní kulturní identitu a její vliv na to, čeho si díky ní všímají více a čeho méně.⁵⁸

ZÁVĚR

Posilování reflektivity u supervidovaných je cennou cestou, jak zlepšit rozvoj klinických dovedností, a také cesta, jak pomoci supervidovaným rozvíjet schopnost profesionálního růstu v průběhu všech stadií vývoje své kariéry. Zaměření na sebereflexi ve výcviku a supervizi je ke prospěchu supervidovaných i jejich pacientů.

LITERATURA

- Boud D, Keogh HR, Walker D (eds). Reflection: Turning experience into learning. London: Kogan Page 1985.
- Goleman D. Emotional Intelligence. Bantam Books, New York 1995.
- 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.
- Kimmerling R, Zeiss A, Zeiss R. Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. Cogn Behav Pract 2000; 7: 312–321.
- Kolp DA. Experiential learning. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
- Schon D. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco, CA: Jossey-Bass 1987.
- Beck AT, Freeman A, Davis DD et al. Cognitive Therapy of Personality Disorder. Guilford Press, New York, 2004.
- Thwaites R and Bennett-Levy J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2007; 35: 591–612.
- Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, Larsen SM, 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.
- Gilbert P and Leahy RL. The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. London, England: Routledge-Brunner 2007.
- Hardy G, Cahill J, Barkham M. Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In Gilbert P, Leahy RL (eds). The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies. London: Routledge; 2007: 24–42.
- Prasko J, Vyskocilova J. Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010; 52 (4): 251–260.
- Bennett-Levy J. Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherap* 2006; 34: 57–78.
- Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative Case Conceptualization: working effectively with clients in cognitive-behavioural therapy. New York: Guilford Press 2009.
- Anderson JR, Bothell D, Byrne MD, Douglass S, Lebiere C and Qin Y. An integrated theory of mind. *Psychological Review* 2004; 111: 1036–1060.
- Bennett-Levy J, McManus F, Westling BE, Fennell M. Acquiring and Refining CBT Skills and Competencies: Which Training Methods are Perceived to be Most Effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009; 37: 571–583.
- Bennett-Levy J, Lee N, Travers K, Pohlman S, Hamernik E. Cognitive therapy from the inside: enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2003; 31: 145–163.
- Skovholt TM, Ronnestad MH. The long, textured path from novice to senior practitioner. In: Skovholt TM (Ed.), *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals*. Boston: Allyn and Bacon 2001; 25–54.
- Leahy RL. Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. New York: Guilford Press; 2003.
- Orchowski L, Evangelista NM, Probst DR. Enhancing supervisee reflectivity in clinical supervision. A case study illustration. *Psychotherapy Theory Reserach Practice Training* 2010; 47: 51–67.
- Praško J, Vyskočilová J, Šlepecký M, Novotný M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Bio-medical Papers* 2011; 155: XX. e-pub ahead.
- Jennings L, Skofholt TM. The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *J Counseling Psychology* 1999; 46: 3–11.
- Rogers CR. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable and Company; 1967.
- Pope KS, Tabachnick BG, Keith-Spiegel P. Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist* 1987; 42: 992–1006.
- Vasquez MJT. Psychologist as clinical supervisor: Promoting ethical practice. *Professional Psychology: Reserach and Practice* 1992; 23: 196–202.
- Bennett-Levy J, Beedie A. The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2007; 35: 61–75.
- Ramirez M. Multicultural Psychotherapy: An Approach to Individual and Cultural Differences. Boston, MA: Allyn & Bacon 1999.
- McGlenn JM. The impact of experiential learning on student teachers. *Experiential Learning* 2003; 76: 143–147.
- Mueller A. Looking back and looking forward: Always becoming a teacher educator through self-study. *Reflective Practice* 2003; 4: 67–84.
- McAlpine L, Weston C, Beauchamp J, Wiseman C, Beauchamp C. Building a metacognitive model of reflection. *Higher Education* 1999; 37: 105–131.
- Lyon PM, Brew A. Reflection on learning in the operating theatre. *Reflective Practice* 2003; 4: 53–66.
- Billings D, Kowalski K. Journaling: A strategy for developing reflective

- practitioners. *J Continuing Education Nurs* 2006; 37: 104–105.
33. Kerry S. Facilitating supervisory relationships: The role of the supervisor. *Crossing Boundaries: An Interdisciplinary Journal* 2006; 1: 53–67.
 34. Ward CC, House RM. Counseling supervision: A reflective model. *Counselor Education Supervision* 1998; 38: 33–32.
 35. Safran JD and Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press; 2000.
 36. Brown KW, Ryan RR. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Person Social Psychology* 2003; 84: 822–848.
 37. Machado PPP, Beutler LE, Greenberg LS. Emotional recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55: 39–57.
 38. Milne D. CBT supervision: from reflexivity to specialization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008; 36: 779–786.
 39. Laireiter AR, Willutzki U. Self-reflection and self-practice in training of cognitive behaviour therapy: an overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2003; 10: 19–30.
 40. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Mozny P, Sigmundova Z, Slepecky M, Vyskocilova J. Transference and counter-transference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers* 2010; 154 (3): 189–198.
 41. Baum BE, Gray JJ. Expert modeling, self-observation using videotape, and acquisition of basic therapy skills. *Professional Psychology: Research and Practice* 1992; 23: 220–225.
 42. Hawkins P, Shohet R. *Supervision in the Helping Professions*. Open University Press, Buckingham 2000.
 43. Young, JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2003.
 44. Prasko J, Diveky T, Mozny P, Sigmundova Z. Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva* 2009; 51(3–4): 163–167.
 45. Sutton L, Townend M, Wright J. The experiences of reflective learning journals by cognitive behavioural psychotherapy students. *Reflective Practice* 2007; 8: 387–404.
 46. Bernard JM, Goodyear RK. *Fundamental of Clinical Supervision* (3rd ed.). Boston: Pearson; 2004.
 47. Overholser JC. The Socratic method as a technique in psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice* 1991; 22: 68–74.
 48. Beck JS, Sarnat JE, Barenstein V. Psychotherapy-based approaches to supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds). *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 57–96.
 49. Skofholt TM, Ronnestad MH. *The Evolving Professional Self: Stages and Themes in Therapist and Counselor Development*. New York: Wiley; 1992.
 50. Linehan MM, McGhee DE. A cognitive-behavioral model of supervision with individual and group component. In: Greben SE, Ruskin R (eds). *Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1994; 165–188.
 51. Kadushin A. *Supervision in Social Work*. New York, NY: Columbia University Press; 1976.
 52. Powers DJ. Games counselors plays in supervision. *Professional Counselor* 1989; 32–34.
 53. Hahn WK. The experience of shame in psychotherapy supervision. *Psychotherapy* 2001; 38: 272–282.
 54. Watkins CE. Psychotherapy supervisor and supervisee: Developmental models and research nine years later. *Clinical Psychology Review* 1995; 15: 647–680.
 55. Dunne RV. The acquisition of professional activity in teaching. In: Harvard G, Hodkinson P (eds): *Action and Reflection in teacher education*. Norwood NJ. Ablex 1994; 105–124.
 56. Cook DA, Helms JE. Visible racial/ethnic group supervisees' satisfaction with cross-cultural supervision as predicted by relationship characteristics. *J Counseling Psychology* 1988; 25: 268–274.
 57. Gardner LH. Racial, ethnic, and social class considerations in psychotherapy supervision. In: Hess AK (ed). *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. New York: Wiley; 1980; 474–508.
 58. Serok S, Urda LV. Supervision in social work from a gestalt perspective. *Clinic Supervisor* 1987; 5: 69–85.

referáty o literatuře

Cuturic M, Harden LM, Kannaday MH et al. **Stiff-person syndrome presenting as eating disorder: A case report**

Syndrom ztuhlého těla jeví se jako porucha příjmu potravy: kazuistika
International Journal of Eating Disorders 2011; 44 (3): 284–288

Cílem autorů bylo referovat o případě 35leté ženy zpočátku léčené pro mentální anorexii, u které však bylo shledáno, že má syndrom ztuhlého těla (SPS – Stiff-Person Syndrome).

Pacientka udávala panické ataky v době jídla, u kterých bylo zjištěno, že sestávají z tetanických kontrakcí axiálního svalstva. Polykání spustilo reflexní bolestivé svalové křeče, které následně vyústily v cibofobii (chorobný strach z jídla) a významnou ztrátu tělesné váhy. Sérový test na proti-

látky proti dekarboxyláze kyseliny glutamové byl pozitivní a pacientka se později zlepšila při příslušné léčbě SPS.

O SPS nebylo dříve referováno v souvislosti s poruchami příjmu potravy (PPP), ačkoliv SPS byl spojován s jinými psychiatrickými poruchami (např. deprese nebo úzkost). Často může být psychiatr prvním lékařem, který diagnostikuje SPS. Autoři předložili tento klinický případ, aby upozornili praktické lékaře na možnost komorbidit a překrývání příznaků mezi SPS a PPP a aby napomohli při včasné diagnostice a vhodné léčbě tohoto vzácného onemocnění.

(Pozn. překl.: SPS je vzácné neurologické onemocnění neznámé etiologie, které se projevuje svalovou rigiditou. Léčba není jasná, ale používají se převážně benzodiazepiny.)

MUDr. Jaroslav Veselý
 doc. MUDr. Radovan Příkryl, Ph.D.