

PŘENOS V KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPII A JEHO ETICKÉ SOUVISLOSTI

souborný článek

Jana Vyskočilová¹
Ján Praško²

¹Fakulta humanitních studií,
Univerzita Karlova v Praze

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

Kontaktní adresa:

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

SOUHRN

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

Význam: Přenos je součástí téměř všech mezilidských vztahů, a tudíž je i součástí každého terapeutického vztahu. Klasická KBT literatura se přenosem zabývá pouze okrajově. Pro práci se složitějšími pacienty však bylo konceptualizaci přenosu a protipřenosu nutné rozpracovat, stejně jako se zabývat etickými otázkami, které s přenosem souvisejí.

Metoda: Rešerše s klíčovými slovy „transference“, „cognitive behavioral therapy“, „acceptance and commitment therapy“, „schema therapy“, „dialectic behavioral therapy“, „compassion therapy“, „ethics“ v různých kombinacích byla provedena v databázích PubMed, Web of Science a Scopus. Další relevantní texty byly vyhledány podle referencí nalezených článků.

Výsledky: Přenosový vztah může fungovat v součinnosti s terapií a pomáhat dosažení jejích cílů, nebo celý proces terapie omezovat, narušovat či blokovat. U nekomplikovaných psychických poruch a při řešení jednoduchých problémů se KBT nezabývá analýzou terapeutického vztahu. Naopak u klientů s poruchou osobnosti se terapeutický vztah stává ohniskem terapie. Může být využíván k identifikaci automatických myšlenek, dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení i k jejich změně. Přenos může být také zneužit ve prospěch terapeuta na úkor klienta a k tomuto překračování hranic může docházet neuvědoměle nebo vědomě. Etická reflexe terapeutického vztahu je

SUMMARY

Vyskočilová J, Praško J. Transference in cognitive behavioral therapy and its ethical implications

Background: Transference is part of almost all human relations, and therefore is also a part of any therapeutic relationship. Classic CBT literature deals with transference only marginally. But to the work with complex patients, the conceptualization of transference and countertransference need to be developed, as well as dealing with ethical issues that relate to the transference.

Method: Articles and studies were identified through PubMed, Web of Science and Scopus databases as well as existing reviews. The search terms included “transference”, “cognitive behavioral therapy”, “acceptance and commitment therapy”, “schema therapy”, “dialectic behavioral therapy”, “compassion therapy”, “ethics” in different combinations. Other relevant texts were searched by references found articles.

Outcome: Transference relationship can work in conjunction with therapy and helps to achieve its objectives, or restricts the therapy, distorts it or blocks. For uncomplicated psychiatric disorders and to solve simple problems CBT doesn't address the therapeutic relationship. Conversely, therapeutic relationship becomes the focus of the therapy in clients with personality disorders. It can be used to identifying automatic thoughts, dysfunctional assumptions and corebeliefs well as to their changing. Transference may also be misconduct in favor the therapist at the expense of the client. The crossing of the borders can be

možná až tehdy, když terapeut zvědomí a konceptualizuje přenos klienta i vlastní protipřenosové reakce. Sebereflexe však musí být doplněna kladením si relevantních etických otázek.

Závěry: Uvědomění si přenosového vztahu a jeho propracování ve prospěch klienta patří mezi otázky, kterými by se měl v rámci své etické reflexe zabývat každý psychoterapeut.

Klíčová slova: přenos, kognitivně-behaviorální terapie, etika, protipřenos, sebereflexe, etická reflexe.

done unconsciously or consciously. Ethical reflection of the therapeutic relationship is possible only when the therapist conceptualizes recognized transference of the client and also own counter-transference reactions. Self-reflection, however, must be supplemented by asking the relevant ethical questions.

Conclusions: Awareness of the transfer relation and its elaborating for the benefit of the client is one of the questions belonging to ethical reflection therapist.

Key words: transference, cognitive behavioral therapy, ethics, counter-transference, self-reflection, ethical reflection.

ÚVOD

Jednou ze základních charakteristik vztahu klienta k terapeutovi je jeho přenos.¹ Přenos je součástí téměř všech mezilidských vztahů, a tudíž je i součástí každého terapeutického vztahu.^{2–5} Klient si jej v průběhu psychoterapie zpravidla neuvědomuje, pokud mu není interpretován nebo pokud se mu v průběhu práce s terapeutem neodhalí.⁶ V léčbě může přenos přinášet výhody, zejména pokud je mírně pozitivní, protože zvyšuje klientovu důvěru v terapeuta a naději na vyléčení.^{3,7} Jak nadměrně pozitivní, tak negativní přenos, zejména pokud není rozpoznán a zpracován, může naopak terapeutický proces blokovat či úplně zabrzdit.

Pro klientovu spolupráci a možnou změnu v psychoterapii v souvislosti s přenosem není důležité jen to, co si aktuálně klient myslí (kognice), co cítí (emoce) a jak se chová, ale důležitá je klientova psychologická flexibilita – tzn. nakolik je schopen měnit své prožívání v závislosti na svých hlubších postojích a hodnotách.^{8,9} Psychologická flexibilita je definována jako schopnost plného uvědomování si současného momentu natolik, že člověk je schopen modulovat své aktuální chování podle svých hlubších postojů a hodnot.¹⁰ Psychologická flexibilita úzce souvisí se zdravým psychickým fungováním i s postoji k sobě i k druhým – což se projevuje způsobem, jakým se vztahuje také k terapeutovi.¹¹ Čím více jsou tyto postoje rigidní, nepřizpůsobené realitě, jedinec není schopen si je uvědomit, tím jsou také postoje k terapeutovi rigidnější a méně flexibilní.^{12,13} Podobně je to s psychickou flexibilitou terapeuta, která souvisí se schopností sebereflexe i volby chování terapeuta v případě protipřenosu.^{14,15} Prospěšnost pro klienta, neškození, autonomie a spravedlnost patří k základním postulátům bioetiky.^{16–18} Proto reflexe a zvládání

přenosových vztahových mechanismů v terapii patří mezi důležité etické problémy terapeutické praxe.¹⁹

METODA

Rešerše s klíčovými slovy „transference“, „cognitive behavioral therapy“, „acceptance and commitment therapy“, „schema therapy“, „dialectic behavioral therapy“, „compassion therapy“, „ethics“ v různých kombinacích byla provedena v databázích PubMed, Web of Science a Scopus s cílem vyhledat relevantní texty, které se zabývají teoreticky nebo výzkumně přenosem a etickými otázkami. Další relevantní texty byly vyhledány podle referencí nalezených. Získané informace byly komparovány se zkušeností obou autorů, kteří léta pracují jako lektori a supervizoři KBT výcviků v Čechách, na Slovensku, v Polsku, Litvě a Lotyšsku.

PŘENOS Z HLEDISKA KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE A JEHO VYUŽITÍ V PRŮBĚHU LÉČBY

Klasická KBT literatura se přenosem zabývá pouze okrajově a Beck jej označuje jako „schematickou“ reakci, ve které se odráží jádrové přesvědčení (kognitivní schéma) klienta o druhých lidech, včetně terapeuta.²⁰ Představa, že utváření terapeutického vztahu bude probíhat jako spolupráce dvou vědců na problému nebo jako vztah učitele se žákem, koresponduje s klasickým kognitivním modelem, ale pro práci se složitějšími pacienty se ukázala jako ne-

dostatečná.^{21–27} Konceptualizace přenosu a protipřenosu bylo nutné dále rozpracovat.^{24,28,29} Přenos v rámci terapie lze chápat jako reakce v emočním, kognitivním a tělesném prožívání klienta, které lze zaznamenat v reakcích na terapeuta, které však souvisejí více s postoji klienta než s chováním samotného terapeuta. Tyto reakce souvisí s tím, co klient vědomě i nevědomě od terapeuta očekává. Tato očekávání odrážejí jeho zkušenost s důležitými lidmi v jeho životě.^{1,30} Terapeutický vztah je ze strany klienta utvářen celou řadou postojů a očekávání, které jsou dány:

- vztahem k terapeutovi jako představiteli autority, systému v závislosti na osobní zkušenosti s autoritami, na zkušenosti s předchozími terapeuty,
- vztahem klienta k sobě samému (nakolik věří sám sobě, svým schopnostem zvládat, mít hodnotu, kontrolovat svoje prožívání a reagovat na stres, nakolik se sám značkují),
- vztahem k terapeutovi dle jeho reálného chování (jak se terapeut chová a jak na něj působí),
- vztahem k terapii jako takové (nakolik jí věří, věří, že se k němu hodí, co od ní očekává a co očekává od sebe v terapii),
- vztahem k terapeutovi v kontextu společenských postojů, včetně mýtů o terapii a terapeutech,
- vztahem k terapeutovi dle jeho pověsti (co o něm slyšel),
- vztah k celému systému a prostředí, kde se terapie odehrává.

Všechny výše uvedené aspekty se mohou dynamicky měnit v průběhu terapie.^{10,17,25} Přenosový vztah může fungovat v součinnosti s terapií a pomáhat dosažení jejích cílů, nebo celý proces terapie omezovat, narušovat či blokovat.^{6,22,30,31}

Při řešení jednoduchých problémů a u nekomplikovaných psychických poruch se KBT zpravidla analýzou terapeutického vztahu nezabývá.²³ Pokud klient terapeutovi bazálně důvěřuje a dobře spolupracuje, je terapeut v roli pomáhajícího odborníka, který klienta doprovází v jednotlivých krocích terapie a povzbuzuje ho v jejich samostatném provádění. Klient na terapeutovi nebývá závislý a nepotřebuje ho jinak než jako pomáhajícího experta, kterého si ke své léčbě vyhledal.³² Vztah je nekomplikovaný.

Pokud je však přenos nadměrný, souvisí se vztahovými problémy klienta, blokuje terapii nebo souvisí s klientovým nedostatkem sebezpřijetí, je namísto klientovi pomoci jej postupně objevit a zpracovat.^{2,32,33} U složitějších klientů, např. s poruchou osobnosti, se terapeutický vztah stává ohniskem terapie.^{11,23,34} Jeho kvalita rozhoduje o tom, zda bude klient v terapii pokračovat a zda bude ochoten spolupracovat na jednotlivých cílech terapie.⁷ K utvoření terapeutického vztahu je potřebná terapeutova aktivita, směřující k pozitivnímu vztahu. K tomu je potřeba, aby terapeut věnoval dost pozornosti silným stránkám klienta, chování a vlastnostem, které oceňuje, jsou mu sympatické nebo je prostě vnímá pozitivně. Od počátku by měl dávat najevo, že klienta přijímá takového, jaký je.^{35,36} Pokud rozeznává problémové jednání, je potřebné, aby jasně dokázal rozlišit jednotlivé aspekty chování a myšlení od lidské hodnoty klienta.^{14,37,38} U poruch osobnosti může být terapeutický vztah využíván k *identifikaci* automatic-

kých myšlenek i dysfunkčních předpokladů a jádrových přesvědčení klienta, zejména když se v průběhu sezení nebo terapie aktivují dysfunkční přesvědčení, týkající se vztahu mezi terapeutem a klientem.^{2,23,39} Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou odrážet klientovy potíže ve vztazích mimo terapii (přenos) a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak klientova přesvědčení, tak jeho obvyklé kompenzační strategie.^{5,22} Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování ke klientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích.^{40,41} Velmi důležitá je proto supervize.^{42,43}

Pokud si terapeut přenos klienta uvědomuje, může jej využít v terapii pro dobro klienta buď nepřímo, kdy klienta nenechává do procesu přenosu nahlédnout, nebo přímo, kdy mu pomáhá jej objevit (pojmenovat očekávání) a uvědomit si jeho souvislosti (historické i současné), vliv na terapii a vztahy mimo terapii a zpracovat tak, aby se mohl ve svém životě lépe orientovat i adaptivně chovat.^{22,41} Zvědomování přenosového vztahu vyžaduje takt a empatii terapeuta s vědomím možného zranění klienta. Přímá konfrontace může způsobit zesílení přenosu, proto bývá zpravidla užíváno strategie řízeného objevování, která pomáhá klientovi, aby si na to přišel sám.^{12,44}

Slečna Věra má četné obavy z budoucnosti a výraznou nejistotou ve vztazích (diagnostikována jako generalizovaná úzkostná porucha), má problémy mluvit otevřeně s terapeutkou. Od počátku léčby se často omlouvá a vysvětluje své chování, snaží se ukázat, že neudělala žádnou chybu. Poslední páté sezení však vynechala, na současné přichází pozdě a chybí jí domácí úkol. Dlouze se omlouvá a vysvětluje, proč na jeho vypracování neměla čas. Je u ní patrná úzkost.

Terapeutka: Zdá se mi, Věrko, že zde hraje roli něco, co vám brání udělat domácí úkol a co může souviset s vaší potřebou hodně vysvětlit, proč jste minule nepřišla na sezení a dnes přišla pozdě. Myslíte, že by bylo možné o tom více promluvit? Je možné, že by to pomohlo porozumět i dalším věcem, o kterých jsme mluvili... Je možné, že je to obtížné, ale moc ráda bych, kdybyste to zkusila.

Klientka: Nerozumím tomu... Proč stále ten úkol odkládám... minule jsem měla strach bez něho přijít, a zároveň přítel přijel z delší služební cesty a chtěl, abych s ním byla, tak jsem se omluvila ze sezení. Ale omluvila jsem se předem... Nezlobte se na mě! Bála jsem se vlastně bez úkolu přijít... i dnes jsem přišla pozdě, protože všechno mi v práci déle trvalo... měla jsem obavy, co mi řeknete...

Terapeutka: Rozumím... bála jste se přijít na sezení, když jste neměla domácí úkol. Bála jste se, jak na to budu reagovat... Jde o tom více promluvit? Je možné, že to může být pro vás důležité, porozumět tomuto strachu...

Klientka: Měla jsem strach... a mám ho pořád... že zjistíte, že tomu nerozumím, a styděla jsem se... že si budete myslet, že jsem hloupá, když to neudělám dost dobře...

Terapeutka: Styděla jste se a měla strach, že si budu myslet, že jste hloupá... co to pro vás znamená, kdybyste si myslela, že jste hloupá?

Klientka: No, že mě odsoudíte, že se málo snažím... že jsem se nebyla schopna k tomu donutit, abych ten úkol udělala... stále jsem to odkládala...

Terapeutka: Jaké to pro vás je, když mluvíte o těchto pocitech?

Klientka: Svazuje mě to.

Terapeutka: Hm, je to svazující pocit... Měla jste ještě někdy dříve podobné pocity s někým, kdo byl pro vás důležitý... ve vašem životě?

Klientka: To ano, nejčastěji s mámou. Ona vždy po mně chtěla všechno na 100 %. Od malička... pokud něco nebylo perfektní, tak mě seřvala... a pak se mnou třeba několik dní vůbec nemluvila, dokud jsem se jí neomluvila... dělala, jako bych byla vzduch... moc jsem chtěla, aby mi to odpustila... ale dokud jsem se neomluvila a neslíbila, že to příště udělám líp, tak na mě nepromluvila vůbec... bylo to, jako by koukala přese mě... (slzy v očích). Cítila jsem se hrozně...

Terapeutka: Hm, to muselo být bolestné... chápu, že teď máte strach, že když něco nesplníte na 100 %, že bych mohla reagovat podobně jako ona... rozumím tomu dobře?

Klientka: Je to úplně tak. Já vím, že vy jste profesionál, a moc hodná, ale co když mě odsoudíte uvnitř? Pak budete mít pocit, že ta léčba se mnou nemá žádný smysl... A teď jsem ještě přišla pozdě... to, že nemám ten úkol... že jsem opět selhala... nezlobte se na mě...

Terapeutka: To, co říkáte, je důležité... jsem moc ráda, jak o tom nyní otevřeně mluvíte... to vyžaduje odvalu... napadá mě... ten strach, že jste nezvládla něco stoprocentně nebo dobře... objevuje se to jen s mámou a teď se mnou... nebo ještě někde jinde... v jiných vztazích?

Klientka: S mámou to mám pořád... i když teď jí to občas jsem schopna vyčíst... ale je to pořád stejné... ale mám to i s přítelem... že pořád musím 100 % fungovat, být dokonalá, špatně snáším, když mě kritizuje... mám strach, že se na mě vykašle... tak se pořád snažím a jsem napjatá... a on mě dost kritizuje, a když neznám, že má pravdu, tak se mnou nemluví... vlastně je to podobně, jako s mámou...

Terapeutka: Hm, takže na něj reagujete v něčem trochu podobně, jako na matku a na mě... podobně to prožíváte... Je to tak?

Klientka: V něčem ano... ale také ho někdy kritizuji první já... že on není perfektní, a když se brání... většinou, že kritizuje mě... tak s ním taky přestanu mluvit... jsem vzteklá a uvnitř ho kritizuji, říkám si, proč s ním vlastně jsem, když si nic nechce přiznat... ale taky se pořád bojím, aby mě neopustil on... vůbec tomu nerozumím... přitom ho mám ráda...

Terapeutka: Moc pěkně, Věrko, o tom všem přemýšlíte. Jako by tyhle věci, o kterých mluvíte, měly mnoho společného – něco, co očekáváte od mámy, protože s ní máte tu zkušenost, že vás kritizovala a pak s vámi nemluvila, že se to bude dít dál. Dost podobné je to v našem vztahu – toto chování říkáte, že čekáte i ode mne, a to vám pravděpodobně bránilo, abyste udělala domácí úkol – mohl by nebyť perfektní... ale i to, co očekáváte od přítele, jaký má být a co on očekává od vás, pak má vliv na podobné chování v tomto vztahu. Když teď o tom tak uvažujete, napadá vás, jaké pravidlo může mít na toto vliv?

Klientka: No, napadá mě, že lidé musí být perfektní, jinak si zaslouží zkritizovat, a pokud se neomluví nebo neslíbí nápravu, nemá se s nimi vůbec mluvit... je to takové nějaké pravidlo?

Terapeutka: Někteří lidé to tak mají... Myslíte, že to může být také o vás?

Klientka: Jo, tak nějak to očekávám... že to druzí očekávají a já to taky od druhých očekávám... pak žiju v hrůze, že nejsem perfektní nebo se snažím perfektní být... Jako by to byl takový můj postup, celý život to tak vidím... taky, když se mi něco podaří perfektně, tak se cítím dobře... taky všechno dělám co nejvíce perfektně... i v práci... Vlastně se hrozně bojím šéfa, abych neudělala chybu... ale on mě oceňuje... žádné chyby nedělám... taky jsem tam nejspokojenější

Terapeutka: Teď jste taky bezchybná... jak pěkně jste to pospojovala (směje se)... ale opravdu, moc se mi líbí, jak umíte přemýšlet a nacházet souvislosti. Možná, do příště... chci se s vámi domluvit... zkusila byste si uvědomit, jaké to pravidlo, jak jste je hezky popsala, že vy i druzí musí být perfektní... má pro váš život výhody a jaké přináší nevýhody... možná, že i když je to úkol, na kterém se chci s vámi domluvit... nemusí to být perfektní, jen co vás napadne... a nemusí všechno... Myslíte, že takové přemýšlení a zapsání, by pro vás mohlo mít nějaký smysl?

Klientka: Já nevím, zda se mi, že jsem to všechno řekla... ale mohu to zkusit...

Terapeutka: Jen, co vás dalšího napadne... další paralely... jak to pravidlo působí na váš život, působilo na studium, práci, volný čas... cokoli vás napadne...

Klientka: A když mě nic nenapadne...?

Terapeutka: Tak svět nepadne... Říkám si, že by to mohlo být pro vás zajímavé... možná i důležité... zkusit se alespoň v něčem, trochu, tomu pravidlu postavit... trochu je pozměnit... co myslíte, mohlo by to mít pro vás smysl...?

Klientka: To asi jo, ale nemám o tom představu, jak to udělat...

Terapeutka: Zkusíme na tom pracovat spolu... pokusím se vám v tom pomoci... a dnes jste ukázala, jak dobře dokážete přemýšlet o souvislostech... myslím, že máte všechny šance najít svou cestu i bez tohoto přísného pravidla.

Práce s přenosem umožňuje identifikovat a modifikovat jádrová schémata i podmíněná přesvědčení,^{7,23} jeho raná maladaptivní schémata²⁴ a jeho módy fungování.⁴⁴ V terapeutickém vztahu je přenosový vztah zkoumán při prožívání zde a nyní. Při adaptivní korekci přenosového vztahu, kdy si klient v realitě terapeutického vztahu ověřuje platnost svých dysfunkčních očekávání vůči terapeutovi, dochází zpravidla i ke změně pohledu klienta na sebe (zvýšení sebezpřijetí) a změně jeho vztahu k druhým lidem, zejména autoritám a blízkým (zvýšení důvěry i schopnosti spolupráce).⁴⁵ Interpersonální maladaptivní schémata (např. „Druzí odmítají neschopné“) i schémata o sobě („Jsem neschopný“) mohou být při práci s přenosem korigována.^{25,28}

PŘENOS A ETICKÁ DILEMATA

Pro dobrou psychoterapeutickou praxi je důležitým úkolem terapeuta, aby se vyvaroval komplementárního chování, jako je například reakce na klientovu agresi protiagresí, zvýhodňování nadměrně loajálních klientů, zneužívání nadměrně oddaných klientů apod.²⁷ Takové komplemen-

tární chování je obvykle neetické a je diktováno protipřenosem.⁴¹ Psychoterapie přináší řadu dalších etických otázek.⁴⁶⁻⁴⁹ Etika založená na principech může sloužit jako základ pro jejich systematické uspořádání.⁵⁰ Čtyři hlavní principy bioetiky, formulované všeobecně Beauchampem,^{16,50} jsou tyto: (1) autonomie klienta; (2) prospěšnost pro klienta; (3) neškodit klientovi; a (4) spravedlnost vůči klientovi. Mohou sloužit jako základ pro kladení otázek v psychoterapii, pokud je terapeut schopen je klást konkrétně v komplexním, dynamickém, velmi osobním, často nejasném a na kontextu závislém procesu.⁵¹ Přenos může terapii jak facilitovat, tak blokovat a vést k odporu vůči změně.^{25,52} Nadměrný nereflektovaný přenos a komplementární protipřenos ze strany terapeuta může klienta psychologicky poškodit. Významně může pomoci supervize, pokud vede terapeuta k sebereflexi a etické reflexi ve vztahu ke konkrétnímu klientovi.^{3,43}

Přenos a autonomie

Důležitým aspektem terapie je pomoc klientovi, aby byl co nejvíce samostatný.^{36,46} Přenos, přestože je přirozenou součástí všech vztahů, znamená omezení autonomie klienta – děje se něco ve vztahu, čemu klient nerozumí a co přitom ovlivňuje jeho očekávání a chování. Zpracování přenosu zpravidla zvyšuje autonomii klienta ve vztahu k terapeutovi i v jiných vztazích – více rozumí sám sobě a svým vzorcům v prožívání a chování k druhým, a může se tedy svobodněji rozhodovat, jak ve vztazích fungovat bude.

Terapeutka: Minule jsme společně probírali, jak některé obavy z kritiky a odmítnutí, spojené s potřebou být stoprocentní a dokonalá, které pramení ze zážitků s vaší matkou, souvisí s očekáváním mého chování i očekáváním chování vašeho přítele, také s očekáváním, jaký má být on. Myslíte, že bychom mohli na tom dnes dále pracovat?

Klientka: Přemýšlela jsem o tom a doma jsem si zpracovávala, jak jsme se domluvili, výhody toho mého požadavku na perfektnost a jeho nevýhody. Našla jsem obojí. V práci to pro mě má hodně výhod, protože šéf mě oceňuje, na druhou stranu jsem stále napjatá, abych neudělala nějakou chybu, zůstávám v práci dlouho a pracuji po večerech i doma, což vadí příteli. S přítelem to má spíše hodně nevýhod, protože stále se kontrolují, co dělám dobře a co ne, zda jsem dost dobrá partnerka, milénka, zda jsem pro něj dost krásná, je toho prostě moc. Ale on je v tom stejný, takže často máme krize, kdy si vyčítáme nedokonalosti, nebo pak nemůžeme spolu mluvit, protože jsme moc důležití nebo uražení. Možná, kdybych to nějak přesekla, i on by se změnil, ale to nevím.

Terapeutka: Můžeme zkusit na tom zapracovat. Teď mluvíte hlavně o vztahu s přítelem, minule více o vztahu s matkou. Je na vás, kde chcete začít... S matkou se patrně toto očekávání dokonalosti vytvořilo a upevnilo, ve vztahu s ní je patrně základ, s přítelem vám to zasahuje do současného vztahu. Obojí může být důležité... Zvažme, s kterým vztahem byste chtěla začít... jej více probírat a porozumět mu... patrně větší porozumění a změna v jednom vztahu ovlivní i vztah druhý... a jak jsme si to říkali minule, zasahuje to i do toho, co očekáváte ode mě... že máte všechno dělat perfektně.....

Klientka: Asi bych raději začala se vztahem s přítelem, protože s ním jsem každý den... s mámou se teď nevidím až tak často, co si našla nového manžela a odstěhovala se. A s vámi... máte pravdu, že chci být perfektní i před vámi, ale když jsme minule o tom mluvili, teď už nemusí... až tak moc... no hned to změnit nepůjde...

Terapeutka: Bezděně, jsem ráda, že se rozhodujete sama za sebe, na čem chcete nyní pracovat... a samostatně nad tím uvažujete, aniž byste brala ihned v potaz, co si o tom myslím já...

Klientka: Hm, to je složitější... taky to dělám proto, že to ode mě chcete a chci být před vámi perfektní (směje se)...

Terapeutka: ...a děláte to s odstupem a humorem...

Přenos a prospěšnost pro klienta

Základní otázkou je, zda lze přenosového vztahu využít ku prospěchu klienta ať reflektovaně, nebo nereflektovaně.²⁵ Tato otázka nemusí být tak jednoduchá, jak se zdá, protože u nereflektovaného mírně pozitivního přenosového vztahu terapie plyne samozřejmě, klient pracuje na svých cílech a přenosový vztah jej v podstatě nezajímá. To, že schopnosti terapeuta poněkud nadhodnocuje, působí spíše motivačně.³⁰ Reflexe vztahu s terapeutem a propracování přenosu vede zpravidla k prodloužení terapie, k větším finančním výdajům klienta, tedy i možným ziskům terapeuta, a přitom nemusí zvyšovat nijak podstatně úspěšnost dosažení cílů léčby. Na druhé straně terapie, která pracuje s terapeutickým vztahem, je považována za „hlubší“, může zlepšit klientovy vztahy k důležitým osobám a pomoci mu rozumět vztahům vůbec, což je výrazná přídatná hodnota.²⁶ Je však otázkou, zda klient o ni stojí, pokud má dojem, že jeho vztahy jsou v zásadě v pořádku. Nejdůležitější je zde svobodná volba klienta, pokud mu ji terapeut v této situaci nabídne.^{51,53} Je však otázkou, zda se klient může opravdu svobodně rozhodnout v době, kdy je více nebo méně na terapeutovi závislý a přání terapeuta jej může svazovat.⁴⁸

Přenos a neškození klientovi

Podobně jako jiné léčebné metody, může být psychoterapie, pokud je nesprávně indikována, zraňující nebo poškozující.^{53,54} Může také mít nežádoucí vedlejší psychosociální efekty, které nelze určit předem (například pod jejím vlivem může klient dojít k rozvodu, který neplánoval). Přenos může blokovat terapii, vést k odporu a rezistenci ke změně, je možné jej však také ze strany terapeuta zneužít.^{51,55} Může jít o vědomé zneužití přenosu terapeutem (disociální motiv) nebo nevědomé zneužití (protipřenosem).⁵⁶

Vědomé zneužití přenosu klienta je typické pro terapeuty s disociálními rysy osobnosti, kteří si uvědomují klientův přenosový vztah a pokládají za samozřejmé, že jej mohou využít ve svůj prospěch.^{49,56} Toto zneužití může být nenápadné (využívání výhod klientovy profese, konexí apod.) nebo nehorázné (sexuální zneužití klienta, práce zadarmo, finanční půjčky apod.).⁵⁷

Polovědomé nebo nevědomé zneužívání klientova přenosu se objevuje častěji u nezralých terapeutů nebo

terapeutů s narcistickými, histrionskými nebo hraničními rysy osobnosti, nemusí se však týkat vždy nápadnosti osobnosti terapeuta. Téměř vždy se však jedná o jeho slepé místo.⁵⁸

Model „šikmé plochy“ v dilematech týkajících se hranic terapie je spojený s etickým rozhodováním založeným na pravidlech.⁵⁵ Pokud se terapeut rozhoduje mít z terapeutické situace výhodu pro sebe, má tendenci povolovat častěji a častěji, až mu překračování hranic připadá jako „normální“ přístup v terapii. Pravidla dávají hranice zejména tam, kde si terapeut nemusí uvědomovat, že se po šikmé ploše pohybuje. Zaobírání se rizikem překračování hranic je součástí etické reflexe. Překračování hranic lze hledat v několika subkategoriích:⁵⁶ (a) potenciálně poškozující klienta; (b) potenciálně prospěšné pro klienta; (c) přítomnost nebo absence donucovacích nebo abuzivních prvků v překračování hranic; (d) zájmy nebo motivy odborníka převažují zájem klienta; (e) přítomnost nebo chybění expertova přání eticky se chovat; a (f) okolnosti překročení hranic. Samotné překračování hranic lze dále rozdělit do několika podtypů: (1) nesexuální překračování hranic; (2) porušování soukromí; (3) emoční zneužívání klienta; (4) sexuálně motivované překračování hranic. Podle uvedeného obecného dělení na kategorie a typy překračování hranic je možné přemýšlet o konkrétních terapeutických situacích. Reflexe s použitím těchto kategorií pomáhá uvědomit si, zda o překročení hranic a neetické chování jde, zmapovat, čím je terapeut racionalizuje, změnit chování, a udělat realistické nápravné kroky, pokud překročení hranic mělo negativní účinky v minulosti.

Nesexuální překračování hranic může oslabovat léčbu, narušovat vztah mezi terapeutem a klientem, nebo vest k poškození klientů. Typickým projevem je braní dárek od klienta, získávání výhod souvisejících s jeho zaměstnáním nebo postavením, předražování terapie, zbytečné prodloužení terapie. Nesexuální překračování hranic velmi vzácně terapii může pomoci (může přechodně posilovat terapeutický vztah), většinou však znamená větší nebo menší kořistění terapeuta na klientovi.⁵⁴ Mezi nesexuální překračování hranic patří také nabízení terapie, která pro daný problém není účinná. Pokud je terapie prodloužována i v situaci, kdy by stačil krátkodobý přístup, ale terapeut více myslí na svůj příjem než na klientovy potřeby a prostředky, jde o vážný etický problém, i když si teoreticky může terapeut potřebu dlouhodobé léčby racionalizovat.¹⁷

Porušování soukromí je další hranici, která souvisí s etickými otázkami. Od primitivního pomlouvání klienta před kolegy nebo personálem zařízení, či vynášení informací z terapie v soukromí, které svědčí o nevyzrálosti terapeuta, až přes složitější otázky – nakolik je etické publikovat kazuistiku, i když klient to dovolí, nakolik ohlásit orgánům činným v trestné oblasti fakta, která podle zákona podléhají povinnému hlášení, ale zjevně klienta emocionálně či jinak poškodí apod.

Emoční zneužívání klienta je relativně časté. Terapeuti, kteří mají sami problémy se svým sebevědomím nebo sebepřijetím, mohou mít tendence své klienty kritizovat, poukazovat na jejich slabiny, pohoršovat se, že neplní domácí úkoly, moralizovat, sdělovat „upřímné pravdy“, značujícím způsobem sdělovat diagnózu, nelítostně odhalovat negativní prognózu, nebo je direktivně vést jako

nesvéprávné děti. Tyto přístupy slouží gratifikaci terapeuta a falešnému posílení jeho sebevědomí, nicméně škodí sebevědomí klienta a mohou být spojeny s emočním týráním klienta. K emočnímu zneužívání zpravidla dochází nevědomě a souvisí s nezkušeností terapeuta a chybějící supervizi. Podobně může emočně zneužívat supervizanta supervizor. Pokud k emočnímu zneužívání dochází vědomě, zpravidla je prováděno terapeutem s poruchou osobnosti.

Sexuální kontakt terapeuta s klientem je neetický z řady důvodů. Vztah je od počátku nerovnocenný, protože terapeut je ve výhodě minimálně v tom, že klient přichází pro pomoc, svěřuje se, je méně schopen rozumět tomu, co se ve vztahu děje, zatímco terapeut je profesionál, který byl na porozumění vztahům cvičen a jeho činnost je honorována.^{59,60} Terapeut selhává ve službě, pro kterou byl kontraktován, a staví své potřeby před potřeby klienta.⁵⁷ Gabbard⁵⁸ rozdělil terapeuty sexuálně zneužívající své klienty do čtyř typů:

- a) *Psychoticky nemocní*: Situace, kdy psychoterapeut v psychotické atace zneužívá své klienty, jsou velmi vzácné. Podobně jako případy terapeutů, kteří v mánii věřili, že nejlépe pomohou svým klientům sexuálním stykem.
- b) *Predátorští psychopati a parafilie*: Terapeuti s disociální poruchou osobnosti nebo závažnou narcistickou poruchou osobnosti mohou zneužívat své moci nad klienty k sexuálnímu zneužívání. Zpravidla z toho nemají pocity viny, protože nemají dostatečně rozvinuté super-ego, což se projevuje i v dalších asociálních aktivitách (podplacené soudněznalecké posudky, podvody, korupce). Do této kategorie patří také lidé trpící parafilii, kteří spatřují v klientech lehkou kořist pro své sexuální zájmy.
- c) *Hledači lásky*: Do této kategorie spadá více podskupin terapeutů. Typicky se do svých klientů nebo klientek zamilují. Často jde o neuroticky organizované osobnosti, s mírnými narcistickými nebo histrionskými rysy nebo o lidi, kteří jsou v osobní nebo profesní krizi. Do této kategorie patří většina ženských terapeutek, které se dopustily zneužití klientů. Zpravidla potřebovaly být milovány, idealizovány klientem, což jim posilovalo sebevědomí. Často jde o selhání ve specifických ego-funkcích, které se manifestuje v neschopnosti anticipovat důsledky vlastního chování a selhávání v testování reality. Tito lidé jsou často naivní, nezkušení, nerozumí svému protipřenosu a mají nízkou schopnost sebereflexe. Pokud jsou to ženy, velmi často se zamilují do klienta s disociální nebo narcistickou poruchou osobnosti, nebo s rozvinutou závislostí na návykových látkách a doufají, že jej svojí láskou spasí. Na rozdíl od predátorského typu, který má zpravidla mnoho obětí, u této skupiny dochází většinou k jednorázovému selhání, které bývá bolestné.
- d) *Masochističtí trpitelé*: Jsou to terapeuti, kteří si obzvláště rádi vybírají „obtížné“ nebo „neléčitelné“ klienty. V rozvinutém terapeutickém vztahu pak opakují podobné vztahy, jaké se jim přihodily v jejich dřívějším životě, kdy jsou kontrolováni a týráni dominantním partnerem, kterého poznali jako klienta. Často se podobá jejich dominantnímu rodiči. Mají tendenci se pro

klienta obětovat, zachraňovat jej před sebevraždou, finanční krizí apod. V typickém scénáři velmi rychle odpouští klientovi proplácení terapie, snáší jeho nepravdělnou docházku, telefonáty v noci, sami se mu

podbízejí výhodami. Postupně toto překračování hranic ze strany klienta narůstá, až dojde k sexuálnímu kontaktu. Vztah dále narůstá do rozměrů, kdy je dominantní klient začne týrat.

Tab. 1. Příklady přenosových reakcí a možného protipřenosu (upraveno podle Praško et al.³⁰)

Přenosová reakce				Možná protipřenosová reakce terapeuta			Možnost zpracování ve prospěch klienta
Typ přenosu	Kognice	Emoce	Přenosové chování	Kognice	Emoce	Protipřenosové chování	
Mírný pozitivní	Terapeut mi chce pomoci, rozumí mi, je lidský a ochotný, svojí práci dělá velmi dobře - tak mi pomůže	Příjemné naladění	Spolupráce, ochota dělat úkoly	Dobře se s ním pracuje, je příjemný a snaží se	spokojenost	Mírně pozitivní spolupráce, podpora, vcítění, obětavost	Není třeba nic měnit, terapie funguje: Přirozená spolupráce, samozřejmě plánování a realizace terapeutických strategií
Obdivující – nezávislý	Terapeut je skvělý podobně jako já. Je příjemné se setkávat s takovým člověkem, v něčem mi může poradit, samozřejmě pomoci si mohu jenom já sám.	Příjemné naladění až euforie při setkávání	Chut' diskutovat s terapeutem opačně postoje, mírně soupeřit, úkoly střídavě dělá a nedělá, zdůrazňuje svobodu vztahu	Ten člověk je výjimečně (krásný, originální, inteligentní apod.)	excitace, obdiv	Terapeut nedělá dostatečné vyšetření, nevede terapii, případnou nespolečnou práci klienta bagatelizuje, nepožaduje plnění domácích cvičení, má tendenci fascinované si povídat o klientových výjimečnostech	Sebereflexe protipřenosu Řízené objevování potřeby obdivu, diskutovat „výhody a nevýhody“ takového pohledu, najít korelace ke vztahům v jiným důležitým lidem v životě, „normalizace“ – ani jeden z nás není výjimečný víc než kterýkoliv jiný člověk, trvat na domácích úkolech, „normalizovat“ terapii, nevyhýbat se,
				Co na mně vidí, co když ho zklamal	Úzkost z možného neúspěchu, stud	Vyhýbavé strategie, omezování sezení i terapie, nedostatečný oční kontakt, sděluje větší pokrok, aby se klienta co nejdříve zbavil	
Obdivující – závislý	Terapeut je skvělý – jedině on mi může pomoci. Bez něho jsem ztracený, s ním dokážu všechno.	Euforické naladění střídá úzkost z možnosti opuštění	Snaží se vcítit do potřeb terapeuta, přináší dárky, lichotí, plní domácí úkoly – není si jistý, zda dobře, chce ujištění, často požaduje rady, vysvětlení, podporu	Neporadí si sám, potřebuje pomoc, radu, bude to moje chyba, když se mu něco stane.	Nadměrný soucit, strach o klienta	Radí, chrání, ujišťuje, ubezpečuje, řídí a kontroluje klienta, nenechává ho samostatně jednat, skrytě zpochybňuje klientovy schopnosti	Sebereflexe protipřenosu, řízené obcovávání závislých postojů u klienta, hledání důvodů postojů v klientově životě Posilovat nezávislé chování, za domácí cvičení dát nezávislé kroky, probrat závislé myšlenky a diskutovat výhody a nevýhody závislých postojů a chování, nedávat ujištění, rady či další vysvětlení, expozice samostatným činnostem a úkolům
				To přehání, chce ode mě více, než mu mohu dát, proč je tak vlezlý	Pohrdání, nedůvěřivost	Odmítání, poukazování na závislost, zkracování terapie, moralizování, dávání najevo znechucení	

pokračování

Erotický	Terapeut je ideální partner, vztah s ním mě zachrání, bylo by krásné s ním být, milovat se, splynout	Zamilovanost, možná depersonalizace nebo „trans“ při kontaktu	Flirtování nebo naopak stydlivé stažení, nápadné oblékání, zamilované pohledy, filtrování sdělení (potřeba vypadat v lepším světle)	Je přitažlivá (-ý), bylo by s ní (ním) hezky. Jediny její (jeho) problém je, že má nedostatek něhy (sexu, pozornosti apod.).	Vzrušení, náklonnost	Sní sexuální fantazie o klientovi. 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 svádívého 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 sexuálně vztah nekonzumovat. Dokud nenarušuje terapii není potřebné řešit – odezní spontánně. Pokud blokuje léčbu otevřít jako problém, probrat myšlenky a jejich vliv na chování, probrat „zdroje této potřeby“ v minulosti, citlivě, ale jasně se vyjádřit k vlastním postojům v terapeutickém vztahu. Nevyhýbat se terapii ale také ji neprodlužovat, netrestat za zamilování ani je neposilovat
				Proboha, co to je, co s tím budu dělat, budu mít ostudu, to se nemělo stát, co když to bude chtít probírat, to je nepříjemné	Úzkost, odpor, zlost	Vyhýbá se klientovi, mluví stroze, odmítá jen neverbálně, je nadměrně kritický, moraližuje apod.	
Bojácny – nedůvěřivý	Terapeut mě může kritizovat, ublížit mi, je silný, až zjistí, jaký jsem, odmítně mě, vysměje se mi, zavrhně mě	Strach, úzkost, stud	Obtíže s očním kontaktem, cenzuruje, co sdělí, plní úzkostlivě úkoly, často mluví o své neschopnosti, hledá omluvy a vysvětlení, racionalizace, nedokáže důvěřovat	Nevěří si, potřebuje hodně podpory, jinak z léčby vypadne, musel to mít těžké	Nadměrná starost o klienta, zvýšený soucit	Ujišťuje, radí, nadměrně povzbuzuje, nenechává prostor pro samostatné rozhodování – overprotektivita	Sebereflexe protipřenosu, odstup. Ujasnit si vlastní postoje, jejich kořeny, vliv na chování, výhody a nevýhody pro vedení terapie. Nutná supervize. Přestat s direktivitou vedení, nechat plánování na klientovi, přestat zabezpečovat Často odezní v průběhu terapie s nabýváním důvěry, pokud déle narušuje léčbu, vhodné otevřít jako problém, pracovat s myšlenkami, hledat původ postojů v minulosti, jejich adaptivní a maladaptivní stránku, plánovat expozice s projevením „odvahy“ se chovat otevřeně. Pokud to nejde – předat jinému terapeutovi.
				To přehání, manipuluje mě, nebudu mu v tom pomáhat	Pohrdání, zlost	Odměřenost, mála vstřícnost, necitlivá konfrontace vyhýbavých strategií pacienta	
Útočný	Musím ukázat svoji sílu, jinak mě připraví o svobodu a soudnost; bud vyhraje on nebo já! Co si to vůbec dovoluje, musím ho usadit!	Zlost, nenávisť, strach	Útočný hlas i pohled, slovní agrese: obviňování, vyčítání, vyhrožování, ojediněle i fyzická agrese	Může mi ublížit, vysmát se mi, odmítnout mě, ukázat, že jsem neschopný, hloupý apod.	Strach a úzkost	Mluví tiše, nedokáže mít odstup, vedení terapie nechává na klientovi, sám do ní nevstupuje (někdy si to racionalizuje „empatickým vedením“), bojí se sdělit, co si myslí, s klientem nediskutuje alternativy	Sebereflexe protipřenosu 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 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. Zaměřit se na primární emoce klienta Dát zpětnou vazbu, že víme o jeho pocitech, negativním dotazováním a asertivním souhlasem či zpětnou vazbou umožnit vyjádřit pocity zlosti, křivdy, pak probrat postoje, které za tím leží, jejich kořeny, projevy v chování, výhody a nevýhody. Až nakonec po poklesu klientova napětí vyjádřit svůj postoj (oddělit chování od člověka jako celku) zpětnou vazbou
				Je to psychopat, ignorant (málo se snaží, chce jen výhody, sekundární zisky apod.). Otravuje mě. Já mu ukážu	Vztek	Moralizuje, poučuje, vyčítá, bagatelizuje klientovy potřeby, nemá čas, klienta „seřve“	

pokračování

Vztahovačný	Terapeut mi schválně křivdí, zneuzívá mě pro svoje potřeby nebo pro potřeby někoho jiného, je proti mně, má skryté motivy, nechová se fér	Hněv, strach, pocit ohrožení	Uzavírá se, nemluví o sobě, když tak povrchně, může být nepřímo agresivní, nedělá úkoly, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit	Je paranoidní, nepletu se v diagnóze? Jen aby na mě nezaútočil!	Ostražitost, strach	Hlídnání pacienta, rigidita, zabezpečovací a vyhýbavé chování terapeuta	Sebereflexe protipřenosu, uvědomění si extrémů v chování. Dát zpětnou vazbu, otevřeně diskutovat situaci, pomoci prozkoumat odkud vztahovačnost pramení, probrat jiné vztahy, kde se objevuje. Zmapovat vztahovačné postoje, jejich výhody a nevýhody, vliv na chování. Experimentovat s důvěrou.
				Musím získat jeho důvěru, dát mu najevo, že mu chci pomoci, ne ublížit.	Soucit	Nadměrná snaha, pečování, poskytování „důkazu“ a poctivosti úmyslů	
Soupeřivý	Jen ať se na mně nevytahuje, v řadě věcí jsem lepší, předvedu mu to, nedovolím, aby mě ponižoval	Napětí, střídání pocitů euforie, vzteku, závisťi či bezmoci podle subj. „skóre“	Skryté nebo otevřeně soutěží, zapáleně diskutuje všude, kde očekává „utkání“, racionalizuje neplnění úkolů, nebo je plní schválně tak, by ukázal, že to nejde.	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, nevcítí se	Pracovat na svém sebevědomí a sebezpětí, nutná supervize, zpracovat svoje postoje, jejich původ a působení. Dát zpětnou vazbu na konkrétní situace, propátrat soutěživé myšlenky a hlubší postoje, jejich zdroje, situace, kdy se objevují, chování, ke kterému vedou, pak výhody a nevýhody, včetně toho, co dělají v terapii. Pokud nejde přesto vést standardní terapii – předat jinému terapeutovi
Pohrdavý	Nemá na to! Je to slaboch (hlupák, blázen... apod.). V čem mi může ten pomoci? Mám převahu.	Pohrdání, netrpělivost, vztek	Dává najevo pohrdání, opovržlivě komentuje akce terapeuta, odmítá dělat domácí cvičení, vynechává hodiny nebo přestává do terapie chodit.	Co si o sobě vůbec myslí. Na mně si nepřijde. Je to nabubřelý kretén.	Zlost	Dává najevo odstup a moc, zdůrazňuje sebe a snaží se ponižít klienta.	Sebereflexe protipřenosu
				Nebere mě vůbec vážně, neváží si mě, to, co mu říkám ignoruje.	Sebelítost	Vyhýbá se terapii, někdy přenechává vše na klientovi, nevede jej.	
Žárlivý	Dává přednost jiným, o mě nestojí.	Vztek, lítost	Stažení se nebo naopak vyčítání, někdy rozhněvané výbuchy, měření času sezení (u sebe i druhých), monitorování projevů přízně a nepřízně u druhých a u sebe	To si myslí, že jsem tady jen pro něj? Co si to vůbec dovoluje.	Pohrdání, zlost	Odbývá klienta, Moralisticky jej konfrontuje se žárlivostí.	Sebereflexe a zmapování výhod a nevýhod vlastního chování pro cíle terapie i vlastní sebehodnocení. Zeptat se na myšlenky, související s lítostí (zranění v terapeutickém vztahu), pak pomoci otevřít myšlenky, emoce a chování týkající se vzteku. Probrat důvody v minulosti (sourozenecké pozice apod.) a jejich vliv na chování, emoce a vztahy v různých životních situacích, výhody/nevýhody pro vztahy a život, jak působí v léčbě
				Má pravdu, mám raději jiné klienty málo si to hlídám, pak se pocho-pitelně cítí ukřivděný.	Zlost na sebe lítost	Snaží se o rovnostářské chování ke klientům. Zbytečně zdůrazňuje, jak je ke všem spravedlivý.	
Majetnický	Je tady pro mě, musí mít být vždy k dispozici	Euforické pocity střídá vztek podle chování terapeuta	Suverénně se chová, často telefonuje, chodí mimo domluvený čas, zlobí se, když terapeut nemůže, vyčítá nebo slovně utóčí, uráží se	Nezná hranice, musím mu je důrazně vymezit.	zlost	Krizuruje klienta za chování, důrazně mluví o hranicích a respektu k druhým.	Sebereflexe a zmapování výhod a nevýhod vlastního chování pro cíle terapie i vlastní sebehodnocení Probrat myšlenky a postoje, jejich původ v minulosti (vlastnění jako opak strachu z opuštění), myšlenky, emoce a chování v různých vztazích včetně terapeutického, kde se potřeba „vlastnění“ projevuje, výhody a nevýhody
				Neumím se mu bránit, co si dovolí příště. Všichni vidí, že ve svoji roli selhávám.	Strach, sebelítost	Vyhýbá se zpětné vazbě i terapii samotné, nabízí jiného terapeuta, ustupuje tlaku	

ETICKÁ SEBEREFLEXE

Etická reflexe terapeutického vztahu je možná až tehdy, když terapeut zmapuje a konceptualizuje přenos klienta i vlastní protipřenosové reakce.^{41,44} Prvním krokem je sebereflexe.^{42,43}

Sebereflexe však nestačí, terapeut se potřebuje zeptat sám sebe na následující etické otázky: Je vztah s klientem blahodárný pro řešení jeho problémů? Neškodím mu? Nevyužívám jej pro vlastní otevřené nebo skryté cíle? Umožňuji mu, aby byl dostatečně autonomní? Nepodsouvám mu něco svého, netlačím jej do rozhodnutí, která jsou spíše moje než jeho? Je namístě pracovat na našem vztahu, nebo je to samoúčelné, spíše pro mě, moje výhody, sebevědomí, teoretické představy a nesměřuje to k jeho cílům?

Při sebereflexi a etické reflexi je vždy namístě supervize, protože člověk na sebe úplně nemusí vidět.^{61,62} Kvalitní supervizor však zpravidla nabízí další otázky, které prohloubí konceptualizaci terapeutického vztahu i porozumění vlastním motivům nekritickou, objektivní formou.

Nácvik sebereflexe je obzvláště důležitý pro začínající terapeuty, protože je to dovednost, která pomáhá rozvinout také kritické myšlení a etické rozhodování. Podívejme se na objevování etického pohledu během supervize:

Radek: Myslím, že s tou klientkou nejde nic dělat. Má poruchu osobnosti, už rozbila svou rodinu, jedno dítě má v děčáku, kdokoliv se nad ní ustrnul a byl k ní hodný, nakonec na to doplatil.

Tab. 2. Záznam automatických myšlenek terapeuta – sebereflexe

Situace	Myšlenky	Emoce	Argumenty pro	Argumenty proti	Konstruktivní reakce
Klient sděluje, že terapie mu v ničem nepomáhá	Věnoval jsem mu tolik práce a on říká, že mu to nepomáhá! Málo se snaží, jinak by to lépe využil! Nevím, co s ním dál dělat!	Zklamání 80 % Hněv 60 % Bezmoc 90 %	Je pravda, že jsem mu věnoval dost času i snahy a on říká, že to nepomáhá. Občas neudělal úkoly a vynechal 2 sezení. Zaskočilo mě to a tak se cítím bezmocný.	Minule říkal, že mu to pomáhá a objektivně zvládá už nepoměrně více věcí. To, co říká, může odrážet jeho vlastní zklamání nebo jinou negativní emoci. Snaží se dost a většinou úkolů dělá, v sezeních je aktivní. Minule jsme mluvili o ukončení terapie. Mohl se cítit zaskočen. Občas mě reakce klienta zaskočí, ale většinou umím najít další smysluplnou cestu.	Dopad diskuse: Moje emoce se zmírnily na polovinu. Spíše jsem zvědavý, co se s ním děje. Akce: Ocením, že sděluje, co prožívá. Zkusím s ním probrat, jak prožíval rozhovor o ukončení terapie. Nabídnou probrání seznamu, co se povedlo a co ještě schází.
Moje vlastní schémata, která se aktivovala: Musím být ve všem úspěšný, jinak selhávám a jsem k ničemu. Když prožívám silné emoce v reakci na klienta, nezvládám sám sebe a nejsem dobrý terapeut.					
Diskuse s vlastními schématy: Nemusí se mi vždy všechno dařit, ale to ještě neznamená, že jsem selhal, ani že jsem k ničemu. Většina věcí se mi docela daří. Mohu mít nejrůznější reakce na klienta, jsem člověk, jako každý jiný. Důležité je, že jim umím porozumět a zpracovat je, někdy i najít v nich prospěch pro terapii.					

Tab. 3. Záznam etické reflexe

Situace	Otázky	Odpovědi
Klient sděluje, že terapie mu v ničem nepomáhá	– Děje se něco ve vztahu klienta ke mně, co může souviset s jeho reakcí? – Pomáhá mu vztah, který jsme utvořili, nebo nikoliv? – Je zde něco, co mu může škodit? – Umožňuji mu, aby byl dostatečně autonomní? – Nevyužívám jej pro své vlastní cíle? – Nepodsouvám mu něco svého, netlačím jej do rozhodnutí, která jsou spíše moje než jeho? – Je namístě pracovat na našem vztahu, nebo je to samoúčelné, či spíše pro mě?	– Pravděpodobně mě nekriticky obdivuje, proto se stává méně samostatným v přesvědčení, že se rozhoduje hůře sám. – Takto utvořený vztah jej začíná brzdit v autonomním rozhodování. – Jako důsledek dlouhodobě snižuje jeho sebedůvěru. – Neumožňuji, dělám pro to málo, dělám mi dobře, že jsem pro něj „vševědoucí“. – Využívám ho pro potřeby svoji gratifikace. – Ve své samolibosti se rozhoduji tak, jak by to vyhovovalo mně, a málo přihlížím k jeho možnostem. – Musím pracovat na našem vztahu a věnovat pozornost klientovým potřebám, nikoliv své gratifikaci. Potřebuje posílit sebedůvěru a povzbudit samostatné kroky.

Supervizorka: Rozumím, nemáte pocit, že by jí šlo nějak pomoci. Zní to, že kam přijde, všechno zničí... je tomu nějak rozumět... proč vlastně to tak dělá? Co se jí stalo v životě?

Radek: No, neměla moc dobré dětství... ale to nemělo hodně lidí, to ještě není důvod, aby ničila své okolí. I na oddělení má hned samé konflikty, jak se spoluklienty, tak se sestrami. Myslím, že je plná zloby...

Supervizorka: To můžete mít pravdu, když se tak chová... jen uvažuji, napadá mě, co se jí vlastně stalo... že tak kolem sebe kope...

Radek: Hm, vlastně přesně nevím... jen že ji hodně kritizovala matka a otec byl alkoholik, ale konkrétněji nevím... zaměřil jsem hlavně na to, co se děje tady a teď... a tak se mi to nelíbilo... tak trochu jsem to dětství zanedbal... je to škoda... opravdu nerozumím, proč je taková... z nějakého důvodu jsem si neudělal pořádnou konceptualizaci... asi mě štve... to bude asi hlavní důvod...

Supervizorka: Občas se stane, že se na klienta zlobíme nebo je nám nesympatický a pak nám to může bránit mu plně porozumět. Ale Radku, musím říci, že se mi líbí, jak jste poctivý, že jste schopni si to přiznat.

Radek: Máte pravdu, až se stydím, udělal jsem si na ni názor už podle parere a podle toho, co řekla o svém manželovi, takový předpoklad, že je vlastně zlá... a taky jsem

cítil na ni zlost, takže jsem moc to dětství ani příčiny chování nezkoumal... prostě jsem si řekl, že kdyby moje žena dělala mně to, co ona svému muži, tak nevím... buď bych od ní odešel, nebo bych se z toho sesypal. Tak jsem se na ni naštvál...

Supervizorka: Zdá se, že jste si do toho jejího příběhu promítl také kousek sebe... někdy se nám to stane... co myslíte, má to nějaký vliv na to, jak jí rozumíte?

Radek: Vždyť říkám, úplně jsem ji minul. Asi to je přenos... vůbec mi to nedošlo... zkusím s ní pořádně probrat její dětství a dívat se na ni bez předpokladů... nepromítat si do toho vlastní manželství...

Supervizorka: Jste bezvadný, držím vám palce... dokázal jste si to přiznat a přestat si svůj postoj racionalizovat.

ZÁVĚR

Pro kognitivně-behaviorální terapii jsou otázky spojené s přenosem, protipřenosem a etická reflexe terapeutického vztahu důležité zejména tehdy, když terapie vážně nebo hrozí její nadměrné prodlužování. Uvědomění si přenosu klienta, jeho konceptualizace, sebereflexe i etická reflexe jsou důležitou součástí zrání KBT terapeuta a měla by jí být věnována dostatečná pozornost ve výcviku i supervizi.

LITERATURA

- Levy KN, Scala JW. Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (3): 391–403.
- 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.
- Prasko J, Vyskocilova J, Slepecky M, Novotny M. Principles of supervision in cognitive behavioral therapy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2012b; 156 (1): 70–79.
- Singer JA, Conway MA. Reconsidering therapeutic action: Loewald, cognitive neuroscience and the integration of memory's duality. *Int J Psychoanal* 2011; 92 (5): 1183–1207.
- Andersen SM, Przybylinski E. Experiments on transference in interpersonal relations: Implications for treatment. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (3): 370–383.
- Gelso CJ, Bhatia A. Crossing theoretical lines: the role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy (Chic)* 2012; 49 (3): 384–390.
- 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 Protocol* 2013; 2 (1): e4.
- Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9: 101–106.
- Gloster AT, Klotsche J, Chaker S, Hummel KV, Hoyer J. Assessing psychological flexibility: what does it add above and beyond existing constructs? *Psychol Assess* 2011; 23 (4): 970–982.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther* 2013; 44 (2): 180–198.
- McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther* 2011; 49 (4): 267–274.
- Padesky C. Socratic questioning: changing minds or guided discovery. Keynote address at the EABCT Congress, London, September 24 1993.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP, Schreurs KM, Spinhoven P. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2013; 51 (3): 142–151.
- 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.
- Luoma JB, Vildardaga JP. Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013; 42 (1): 1–8.
- Beauchamp T. The „four principles“ approach. In: Gillon R (ed.): *Principles of health care ethics*. Chichester: Wiley; 1994; 3–12.
- Adshead G. Ethics and psychotherapy. In: Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds.): *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 2004; 477–486.
- Cañas Fernández JL. [Psychotherapy and rehumanization from addictions. A model for personalist bioethics]. [Article in Spanish]. *Cuad Bioet* 2013; 24 (80): 101–112.
- Vyskocilova J, Prasko J. Socratic dialogue and guided discovery in cognitive behavioral supervision. *Act Nerv Super Rediviva* 2012a; 54 (1): 35–45.
- Beck AT, Emery G, and Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: a cog-*

- nitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
21. Ryle A. Transference and countertransference variations in the course of the cognitive-analytic therapy of two borderline patients: the relation to the diagrammatic reformulation of self-states. *Br J Med Psychol* 1995; 68 (Pt 2): 109–124.
 22. Raue PJ, Goldfried MR, Barkham M. The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (4): 582–587.
 23. Beck JS. Cognitive approaches to personality disorders. In: Wright JH, Thase ME, editors. *Cognitive therapy*. *Review of Psychiatry* 1997; 16, Section I: s. I-73-I-106.
 24. Young JE, Klosko J, and Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003.
 25. Leahy RL. *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press; 2003.
 26. Horowitz MJ, Möller B. Formulating transference in cognitive and dynamic psychotherapies using role relationship models. *J Psychiatr Pract* 2009; 15 (1): 25–33.
 27. Goldman GA, Gregory RJ. Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *Am J Psychother* 2010; 64 (4): 359–371.
 28. Rabinovich M, Kacen L. Let's look at the elephant: metasynthesis of transference case studies for psychodynamic and cognitive psychotherapy integration. *Psychol Psychother* 2009; 82 (Pt 4): 427–447.
 29. Silveira Júnior Ede M, Polanczyk GV, Eizirik M, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LH. Trauma and countertransference: development and validity of the Assessment of Countertransference Scale (ACS). *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34 (2): 201–206.
 30. 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.
 31. Høglend P, Dahl HS, Hersoug AG, Lorentzen S, Perry JC. Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *Eur Psychiatry* 2011; 26 (7): 419–424.
 32. Faller H, Wagner RF, Weiss H, Lang H. Therapists' relationships with their patients in the intake interview: an empirical comparison of psychodynamically and cognitive-behaviorally oriented psychotherapists. *J Am Acad Psychoanal* 2002; 30 (3): 451–461.
 32. Linehan MM, Kehrer CA. Borderline personality disorder. In: Barlow DH (ed.): *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. New York: The Guilford Press; 1993: 396–441.
 33. Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley; 1997.
 34. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120 (5): 373–377.
 35. Parisi D. The other half of the embodied mind. *Front Psychol* 2011; 2: 69.
 36. Rogers CR and Dymond RF: *Psychotherapy and personality change: coordinated studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press 1954.
 37. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B: Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry* 2006; 14 (5): 249–256.
 38. Bombardi D, Schmid Mast M, Brosch T, Sander D: How interpersonal power affects empathic accuracy: differential roles of mentalizing vs. mirroring? *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 375.
 39. Rivera M, Darke JL: Integrating empirically supported therapies for treating personality disorders: a synthesis of psychodynamic and cognitive-behavioral group treatments. *Int J Group Psychother* 2012; 62 (4): 500–529.
 40. Zepf S, Hartmann S: Some thoughts on empathy and countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 2008; 56 (3): 741–768.
 41. Prasko J a Vyskocilova J: Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2010; 52: 251–260.
 42. 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.
 43. Prasko J, Mozny P, Novotny M, Slepecky M, Vyskocilova J: Self-reflection in cognitive behavioral therapy and supervision. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2012a; 156 (4): 377–384.
 44. Vyskocilova J a Prasko J: Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013b; in press
 45. Sareen J, Skakum K (2005). Defining the core processes of psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1549.
 46. Holmes J & Adshed G: Ethical aspects of the psychotherapies. In: Bloch S and Green SA (Eds.): *Psychiatric ethics*. Oxford, Oxford University Press 2009; 367–384.
 47. Vyskocilova J a Prasko J: Ethical questions and dilemmas in psychotherapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013a; in press
 48. Vyskocilova J a Prasko J: Ethical reflection and psychotherapy. *Neuroendocrinology Letters* 2013c; in press.
 49. Gabbard GO: Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1994; 58: 124–135.
 50. Robertson M, Ryan C, Walter G: Overview of psychiatric ethics III: principles-based ethics. *Australas Psychiatry* 2007; 15 (4): 281–286.
 51. 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.
 52. Williams A: Psychological techniques in the management of pain. In: Thomas N (ed.): *Pain: Its Nature and Management*. London: Bailliere Tindall, 1997: 88–93.
 53. Nguyen L: The ethics of trauma: re-traumatization in society's approach to the traumatized subject. *Int J Group Psychother* 2011; 61 (1): 26–47.
 54. 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.
 55. Martinez R: A model for boundary dilemmas: ethical decision-making in the patient-professional relationship. *Ethical Hum Sci Serv*. 2000 Spring; 2 (1): 43–61.
 56. Gutheil T and Gabbard G: Misuse and misunderstanding of boundary theory in clinical and regulatory settings. *Focus* 2003; 1: 415–421.
 57. Malmquist CP, Notman MT: Psychiatrist-patient boundary issues following treatment termination. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (7): 1010–1018.
 58. Gabbard GO: Boundary violations. In: In: Bloch S and Green SA (Eds): *Psychiatric ethics*. Oxford, Oxford University Press 2009; 251–270.
 59. Epstein RS: Posttermination boundary issues. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (5): 877–878.
 60. Simon RI: Therapist-patient sex. From boundary violations to sexual misconduct. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22 (1): 31–47.
 61. 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.
 62. Markowitz JC, Milrod BL: The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (2): 124–128.