

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Proces supervize ve výcviku v kognitivně behaviorální terapii a
očekávání supervizorů a supervizantů od supervize**

Diplomová magisterská práce

Vedoucí práce: **prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.**

Praha 2011

Bc. Jana Vyskočilová, DiS.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Souhlasím s tím, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 17. května 2011

Jana Vyskočilová

Poděkování

Na tomto místě velmi děkuji svým vlastním supervizorům z výcviku v kognitivně behaviorální terapii, zejména pak PhDr. Arndtu Tillmansovi, PhD., MUDr. Miroslavu Novotnému, MUDr. Janu Zbytovskému, CSc., MUDr. Igoru Doležalovi a prof. MUDr. Jánů Praškovi, CSc., za množství trpělivých, laskavých, a přitom podnětných hodin, které se mnou strávili při mé supervizi.

Dále děkuji svým kolegům ve vedení KBT výcviku, a to zejména prim. MUDr. Petru Možnému a prof. MUDr. Jánů Praškovi, CSc., kteří mi pomohli prohloubit mé supervizní dovednosti. Stejně tak děkuji více než 70. frekventantům KBT výcviků, se kterými jsem měla možnost v supervizi pracovat a kteří mi dávali zpětnou vazbu o tom, jaké to pro ně se mnou bylo.

Děkuji také kolegům, se kterými pořádáme výcvik v KBT supervizi, jmenovitě PhDr. Miloši Šlepeckému, CSc., MUDr. Miroslavu Novotnému a prof. MUDr. Jánů Praškovi, CSc., se kterými jsem strávila četné diskuze o tom, co je v KBT supervizi důležité a řadu hodin jsme diskutovali nad videi supervizní práce frekventantů.

V neposlední řadě chci velmi poděkovat také svým učitelům a supervizorům na této vysoké škole, zejména pak vedoucí katedry paní PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc., dále pak PhDr. Martinu Hajnému, PhD., Mgr. Elišce Rothové Mgr. Janě Merhautové a PhDr. Ivaně Veltrubské, kteří mne obohatili o nové rozměry v pohledu na supervizi a zcela významně rozšířili mé obzory.

Pro zpracování této práce byl pro mne důležitým člověkem můj vedoucí práce, prof. MUDr. Ján Praško, CSc., který měl cenné postřehy a podněty, byl ochotný se mnou stále dokola procházet text, byl velmi trpělivý a dal mi mnoho podnětů k tomu, aby práce plnila to, co bylo zamýšleno.

Nejvíce zde však děkuji své matce, Janě Vyskočilové, a své sestře, Markétě Hollerové, za jejich obětavost při hlídání Vojtíka. Jejich láskyplná péče o mého malého syna a obětování jejich času, mi umožnilo, abych to vše mohla vůbec dělat a abych mohla profesně růst. Dík patří i Vojtíku tobě, že s dokázal být mnoho chvil bez maminky, nebo jsi ji nechal pracovat nad PC, či sedět nad knihami a dokázal si najít si pro sebe hru.

OBSAH

PŘEDMLUVA

ABSTRAKT

1

ABSTRACT

2

1. ÚVOD

3

2. TEORETICKÁ ČÁST

4

2.1. SUPERVIZE

4

2.1.1. Pojem supervize a jeho vývoj

5

2.1.2. Funkce a cíle supervize v psychoterapii

8

2.1.3. Etické aspekty supervize

12

2.1.4. Formy supervize

13

2.1.5. Supervizní proces

15

2.1.6. Osobnost supervizora

22

2.1.7. Supervize v různých psychoterapeutických směrech

24

2.2. ZÁKLADNÍ PRINCIPY KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ SUPERVIZE

31

2.2.1. Cíle kognitivně behaviorální supervize

32

2.2.2. Obsah kognitivně behaviorální supervize

32

2.2.3. Úkoly kognitivně behaviorální supervize

34

2.2.4. Kompetence kognitivně behaviorálního terapeuta

35

2.2.5. Model „krychle“ a jeho aplikace v KBT

37

2.2.6. Kompetence pro supervizní proces v KBT

38

2.2.7. Bezpečí, přijetí a ocenění v kognitivně behaviorální supervizi

50

2.2.8. Sebereflexe v kognitivně behaviorální supervizi

54

2.2.9. Supervizní vztah v KBT

59

2.2.10. Přenos a protipřenos v kognitivně behaviorální supervizi

60

2.2.11. Nejdůležitější strategie kognitivně behaviorální supervize

67

2.2.12. Techniky kognitivně behaviorální supervize

69

2.2.13. Stádia kognitivně behaviorální supervize

70

2.2.14. Výcvik kognitivně behaviorálních supervizorů

71

3. EMPIRICKÁ ČÁST	72
3.1. CÍLE STUDIE A HYPOTÉZY	
3.1.1. Cíle projektu	72
3.1.2. Pracovní hypotézy	72
3.1.3. Možný přínos projektu	74
3.2. METODA	74
3.2.1. Populace	75
3.2.2. Hodnocení	75
3.2.3. Sběr dat a jejich statistické hodnocení	76
3.3. VÝSLEDKY	
3.3.1. Popis souboru	77
3.3.2. Demografické údaje	78
3.3.3. Očekávání supervizorů	88
3.3.4. Rozdíly podle pokročilosti výcviku	92
3.4. VÝSLEDKY SOUHRN	105
3.5. DISKUZE	107
4. ZÁVĚR	112

LITERATURA

PŘÍLOHY

Příloha 1: Projekt diplomové práce

Příloha 2: ABSS – Dotazník očekávání od supervize

Příloha 3: TCQ – Dotazník kompetencí terapeuta

Příloha 4: SCQ – Dotazník kompetencí supervizora

Příloha 5: Etické zásady Evropské asociace supervize

Příloha 6: Dotazník supervize v KBT

PŘEDMLUVA

Výcviky v kognitivně behaviorální terapii jako lektorka vedu 7 let a po celou dobu pravidelně dělám také průběžnou supervizi frekventantům výcviku. V roce 2010 jsme se s kolegy rozhodli otevřít výcvik v supervizi v kognitivně behaviorální terapii. Přestože mám o tom, co má supervize přinést své představy, které jsou zčásti utvořeny tím, jak jsem léta supervizi zažívala na sobě a pak ji roky praktikovala, a které jsou dotvářeny a modifikovány studiem supervize na Fakultě humanitních studií, může být vlastní subjektivní zkušenost omezená a nemusí ještě odrážet objektivní potřeby. To mě nutilo se jednak nad metodami supervize zamyslet, prostudovat více literaturu o supervizi v psychoterapii, a zejména pak ještě více než dosud studovat literaturu o supervizi v kognitivně behaviorální terapii. Také jsem strávila mnoho hodin diskuzemi se svými zkušenějšími kolegy, kteří vedou dlouhá léta psychoterapeutické výcviky a kteří supervizi v kognitivně behaviorální terapii dělají od počátku devadesátých let.

Moje práce se snaží shrnout to, co jsem si mohla přechíst nebo prodiskutovat, zjistila během svých praktických zkušeností, které jsem za tu dobu získala a co jsem se naučila v průběhu tohoto studia. Také jsem si kladla za cíl zjistit, jaká jsou očekávání frekventantů od supervize, co si myslí, že jim v supervizi nejvíce pomáhá, zda se tato očekávání mění v průběhu výcviku a porovnat to s očekáváním frekventantů, kteří jsou v supervizním výcviku. Vzhledem k tomu, že očekávání a benefity se v průběhu výcviku mohou měnit, rozhodla jsem se zhodnotit postoje začínajících frekventantů po prvním roce výcviku a frekventantů v posledním, pátém roce výcviku.

ABSTRAKT

První část práce se zabývá teoretickými otázkami supervize, zejména pak supervizí v kognitivně behaviorální terapii. Praktická část je věnována mapování očekávání od supervize u frekventantů KBT výcviku v různých fázích výcviku (po 1. roce výcviku a po 4. roce výcviku, a před vstupem do výcviku) a očekávání od supervize u frekventantů výcviku v KBT supervizi. Jako hodnotící nástroj byl použit Dotazník očekávání od supervize (ABSS - Attitudes and Beliefs about Supervision Scale). Očekávání probandů s různou zkušeností se supervizí bylo porovnáno za účelem zjistit, v čem je shoda a kde se očekávání liší. Z výsledků vyplývá, že účastníci výcviku v supervizi (Supervizoři) zdůrazňují zejména význam sebereflexe a struktury, Mírně pokročilí a Pokročilí ve výcviku se ve svých postojích a očekáváních od supervize liší jen minimálně (větším důrazem na uvědomování si protipřenosu). Probandi, kteří se teprve do výcviku chystají (Začátečníci) a nemají žádné zkušenosti se supervizí, mají všeobecně vyšší očekávání od supervize, než frekventanti, kteří už výcvikem procházejí. Překvapením je zjištění, že sebereflexe a terapeutický vztah byly všemi kategoriemi hodnotitelů pokládány za nejvýznamnější. Účastníci základního výcviku i výcviku v supervizi pak byli hodnoceni svými lektory pomocí dotazníku kompetencí (SCQ – Dotazník kompetencí supervizora a TSQ-Dotazník kompetencí terapeuta). U skupiny Supervizoři se zdá, že očekávání a postoje k supervizi významně souvisí s kompetencemi stejného druhu. Tento trend je méně nápadný u osob v základním výcviku, kde se týká pouze oblasti terapeutických dovedností.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie, supervizor, supervizant, supervizní vztah, supervizní proces, intervenční strategie, sebereflexe, očekávání, kompetence, hodnocení.

ABSTRACT

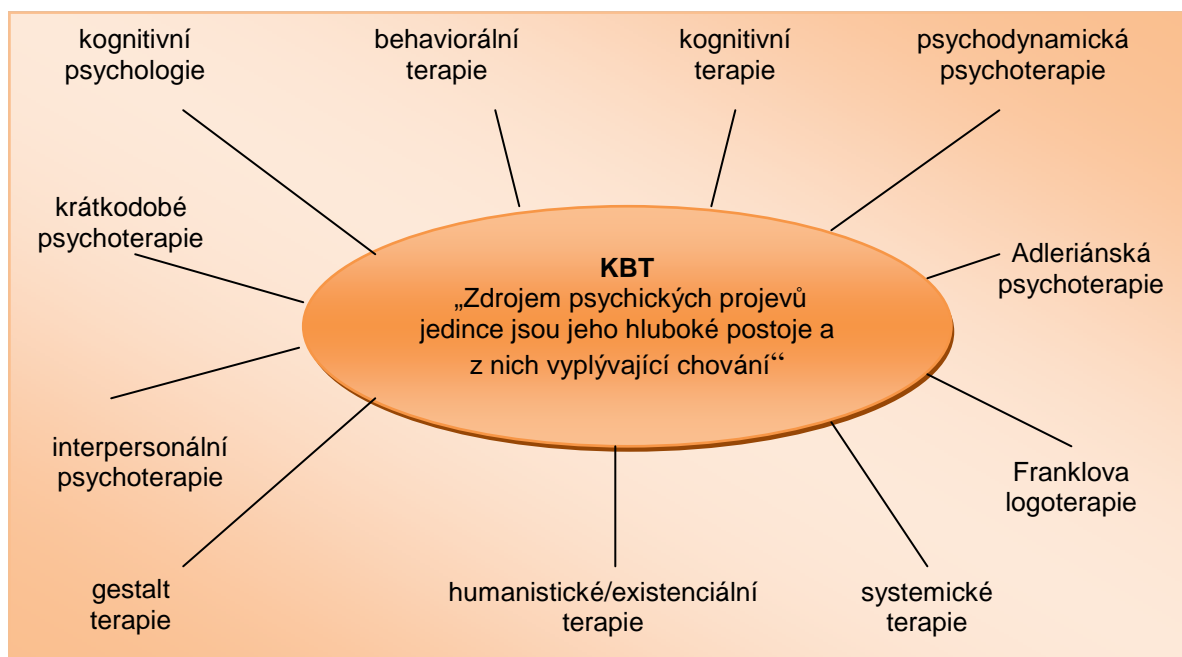
The first part of the study deals with theoretical issues of supervision, especially supervision in cognitive behavioral therapy. The practical part is focused to mapping the expectations of supervision of trainees of CBT training in various phases of their training (after 1 year of training and after the fourth year of training, prior to training) and expectations of supervision of trainees training in CBT supervision. ABSS (Attitudes and Beliefs about Supervision Scale) was used as an evaluation instrument to assess the expectations and beliefs of supervision. The expectations of probands with different experience in supervision were compared to find out where are consensual and where differ. The results show that trainees in supervision (Supervisors) emphasize particularly the importance of self-reflection and structures, Intermediate and advanced training students differ in their attitudes and expectations of supervision minimally (increased emphasis on counter-transference in intermediate students). Probands who are just going into training and have no previous experiences with supervision generally have higher expectations of supervision than trainees, who are already undergoing training. The finding that self-reflection and the therapeutic relationship were considered as the most important in all categories of evaluators were surprising. Then participants in basic training and in supervision training were evaluated by their teachers with competence questionnaires (SCQ – Supervisor competence questionnaire, TSQ-therapist competence questionnaire). In the group of supervisors, it seems that the expectations and attitudes to supervision were significantly related to the competences of the same domain. This trend is less noticeable among people in basic training, which applies only to the therapeutic skills.

Key words: cognitive-behavioral therapy, supervisor, supervisee, supervisory relationship, process supervision, intervention strategies, self-reflection, expectations, competencies, evaluation.

1. ÚVOD

V poslední době je kladen stále větší důraz na hodnocení psychoterapeutických kompetencí, což souvisí zejména s rozvojem standardů kvality v pomáhajících profesích. Tím se zvyšují i nároky na kompetentnost psychoterapeutů a tedy i na jejich výcvik, či výchovu v odbornosti. Toho lze docílit však jen tehdy, jsou-li kompetentní výcvikové lektoři a supervizoři. Dříve byla praxe taková, že supervizoři byli většinou zkušení terapeuté daného směru, což v této době již absolutně nevyhovuje. Ne vždy je totiž dobrý terapeut dobrým supervizorem. Svoji roli zde hraje i vývoj daného směru. Například kognitivně behaviorální terapie (KBT) se velmi rychle rozvíjí. Má mnoho nových přístupů, jako jsou například terapie zaměřená na schémata (ST -Schema therapy, Young 1994), terapie akceptace a závazku (ACT – Acceptance and Commitment therapy, Hayes and Smith 2005), dialekticko-behaviorální terapie (DBT – Dialectical behavioral therapy, Linehan a Kehrer 1993) a další. Tyto směry kladou důraz na konceptualizaci případu a vytvářejí a užívají nové terapeutické strategie. Integrují se s jinými psychoterapeutickými přístupy (např. terapie zaměřená na člověka, psychodynamická psychoterapie, gestalt terapie, apod.). Vznikají tedy nové směry, jež se sice hlásí ke KBT a vyznávají její základní meta-teorii, ale liší se od klasických KBT postupů svými strategiemi (aplikují například meditaci v terapii). KBT v současné podobě je integrativní a v podstatě prakticky zaměřený terapeutický směr. Frank Dattillio (Dattillio 2004) zdůraznil během Evropského KBT kongresu v Praze, že kognitivně-behaviorální terapie ve své teorii i praxi integruje poznatky i metody mnoha dalších psychoterapeutických směrů, jež jsou uvedeny na následujícím obrázku.

Obrázek 1: Nejdůležitější psychoterapeutické směry, které se v posledních 20. letech integrují do KBT (Dattilio 2004)



To, k čemu dochází, a co je podstatné zmínit je, že se teno rychlý vývoj v KBT v posledních 20. letech promítá do výcviku frekventantů základního výcviku, nemá však větší vliv na dříve vycvičené. Dochází tak k situaci, kdy má frekventant základního výcviku, i když je méně terapeuticky zkušený, větší znalosti a specifické dovednosti než jeho supervizor. Ten pak může mít tendenci zpochybňovat vše nové a brzdit tak frekventanta, který je v kontaktu s nejnovějším vývojem.

Evropská psychoterapeutická asociace předepisuje každému psychoterapeutovi absolvovat během výcviku nejméně 200 hodin supervize a každý rok v rámci celoživotního vzdělávání dalších 50 hodin tréninku nebo supervize (www.eap.eu). Supervize by měla být kvalitně zabezpečená. Supervizor proto potřebuje systematický výcvik v supervizi, a také kontinuální vzdělávání. Supervizor i terapeut potřebují samozřejmě vlastní supervizi.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. SUPERVIZE

2.1.1. Pojem supervize a jeho vývoj

Slovo supervize tvoří dvě části latinského původu. Předpona „super“ znamená nej-, nad-, nejvýše, nahoře, a slovní základ „vize“ znamená vidinu, pohled kupředu, zjevení, vidění. Můžeme tedy říci, že umožňuje viděti věci celistvě, rozpoznat celý kontext. Lze to připodobnit ke krajině, kterou pokud chceme vidět v celém rozsahu, je nutno ji sledovat shora. To, co je vidět, lze pak předat těm, kteří to ještě vidět nemohou. Cílem supervize je poskytnout podporu lidem, kteří pracují v pomáhajících profesích a hlavním nástrojem je vlastní nadhled supervizora. V profesích, jež pomáhají lidem, je nutné celoživotně budovat a udržovat nejdůležitější „pracovní nástroj“, kterým je osobnost člověka (Horská 2008).

Slovo supervize (supervision) je převzato z angličtiny. Ve velkém česko-anglickém slovníku nebo v počítačovém překladači z angličtiny, jsou uvedeny jako jeho české překlady termíny jako jsou „dohled, dozor, hlídání, inspekce, kontrola, prohlídka, monitorování, revize, redakce, řízení, sledování, technický dohled, vedení, vrchní dozor“ (Hais a Hodek 1992). Chápání supervize může být ovlivněno všemi těmito významy. Pojem jako takový nejčastěji navozuje představu kontroly shora. Z toho důvodu může být supervize vnímána především jako nástroj kontroly a řízení. Podobně byl tento termín chápán i v původním anglickém ekonomickém prostředí, kde znamenal reálný dozor (Havrdová 1999). Kromě předpony „nad-“ (odkud pramení chápání supervize jako expertízy a dohlížení) znamená však „super-“ také „vyšší“, „výborný“, „velmi rychle“, „překračující“, „jdoucí za“ a „transcendující“. Z tohoto pohledu je supervizor spíše povzbuzující osobou, která připravuje podmínky pro nové vidění. V tomto významu se pojem „supervize“ začal používat v oblasti sociální práce koncem 19. století v Anglii. Zpočátku se jednalo o konzultace nad případem, kdy zkušenější pracovník diskutoval s méně zkušenými sociální otázky jejich práce (Havrdová a Kalina 2003). Supervizor měl však roli nadřízeného.

Sociální práce začala být ve 20. letech minulého století chápána svým způsobem také jako umění. Zřetel se přenášel nejen na samotný výkon /praktické dovednosti při práci s klientem, ale také na osobu pomáhajícího a jeho osobnost – na jeho osobní růst (Rollová 2002). Tyto tendence předznamenávaly moderní pojetí supervize po druhé světové válce. Koncem 80. let minulého století pak britská poradenská asociace zahájila první výcviky v supervizi (Hawkins a Shohet 2004). Vztahový model supervize je pak

upřednostňovaný model zhruba posledních patnácti let. Utvoření dobrého supervizního vztahu mezi supervizorem a supervizantem tvoří základ pro naplnění cílů supervize. Současná supervize vychází z řady teoretických koncepcí – základní východiska, postoje a způsoby práce jsou inspirovány převážně psychoanalýzou, transakční analýzou, interpersonální terapií, systemickou terapií, kognitivně-behaviorální terapií, gestalt terapií, psychodramatem, humanistickou psychoterapií i jinými přístupy (Havrdová 2008). Tento transteoretický přístup má své výhody i nevýhody. Hlavní výhodou je obohacení různými rovinami úhlu pohledu. Není možné však postihnout celou šíři záběru, a tak supervizoři zpravidla zůstávají u směru, ve kterém byli vycvičeni.

Supervize v klinické praxi má své počátky v psychoanalýze. Freudovy tzv. „porady nad případem“ probíhaly zpočátku v podobě neformálních rozhovorů mezi začínajícím a zkušenějším analytikem. Později byly prováděny jako supervize ve skupině. Kazuistika byla analytikem v přítomnosti supervizora a dalších odborníků prezentována, analyzována a na konec byl doporučen další postup. Tento přístup se pak stal modelem pro dnešní skupinovou a později i týmovou supervizi (Pačesová 2004).

Existuje celá řada definic pojmu supervize, které se z velké části překrývají. Uvedu z nich jen ty, které pokládám za nejvýstižnější. Evropská asociace pro supervizi (EAS, založena 1994) definuje supervizi jako (ČIS 2006, EAS 1994):

- metodu poradenství, s jejíž pomocí osoby, týmy a organizace hodnotí svoji profesionální aktivitu,
- postup, kterým s pomocí supervizora pracují osoby, týmy, organizace na řešení problémů přítomných v profesionálních situacích,
- model pro výukové procesy,
- teoretické pojetí, které umožňuje zhodnocení faktorů souvisejících s profesionální komunikací a jejich definování.

Gabura a Pružinská (1995, str. 96) definují supervizi: „Supervize je metoda kontinuálního zvyšování profesionální kompetence poradce, vede pracovníka k samostatnému vykonávání profese, chrání klienta a současně chrání status profese nebo profesní skupiny.“ Podle Baštecké (1999) lze supervizi přiblížit jako metodu, dávající pracovníkovi možnost pochopit, co je překážkou jeho porozumění si s klientem. Poněkud jiný pohled přináší Komrsková (2002, str. 22): „Supervize je laskavý nadhled,

je jasně vymezený čas pro rozhovor a práci věnovanou pracovníkovi nebo celému pracovnímu týmu“. Matoušek (2003, str. 349) definuje supervizi jako „Celoživotní formu učení, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí.“ Podobně komplexní a trefná mi připadá definice Tošnerových (1999, str. 113), kteří supervizi v pomáhajících profesích chápou jako „Systematickou pomoc (individuální či skupinovou) při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému.“

Havrdová (2000) vstíže zdůrazňuje, že pokud má být supervize účinným nástrojem zvyšování kvality a kompetencí v pomáhajících profesích, musí poskytnout bezpečný prostor, jehož základem je laskavý a chápavý (nikoliv primárně hodnotící) vztah mezi supervizorem a supervizantem. Pokud supervizní setkání neposkytuje pro supervizanta bezpečnou atmosféru, bývá profesionální rozvoj a růst blokován obavami. Supervize by měla být opakovaná a systematická, organizačně zakotvena, s jasnými cíli a pravidly. Supervize je založena na demokratických principech, kdy se jedinec sám rozhoduje pro další rozvoj a vzdělávání. Vychází z principu vlastní volby a potřeby zpětné vazby. (Gabrysz 2006).

V dokumentu Ministerstva práce a sociálních věcí „Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe“ z roku 2002 je pojem supervize podrobně vysvětlen (MPSV 2002): „Každý pracovník se tak čas od času dostává do kratších či dlouhodobých problémů s nějakým uživatelem. Z toho důvodu je potřeba pracovníkům poskytnout podporu. Tato forma podpory se odborně nazývá supervize. Supervize znamená ve všech pomáhajících profesích zamýšlení se nad profesionálním jednáním pracovníků, nad fungováním pracovních týmů nebo celého zařízení. Supervize může probíhat individuálně, v týmu nebo ve skupině. Supervizní proces splňuje zpravidla tři různé úlohy. Jsou to:

- (a) podpora pracovníků zaměřená na vyrovnávání se s emočně náročnými situacemi, které jsou součástí jejich práce,
- (b) vzdělávání pracovníků, kdy supervize vytváří příležitost k rozvoji profesionálních dovedností pracovníků, získávání nových znalostí a utváření svých postojů k uživatelům,

(c) kontrola spočívající ve formování postojů v souladu s etickými požadavky profese, a vedení pracovníků v souladu se standardy dobré praxe a s cíli zařízení.“

2.1.2. Funkce a cíle supervize v psychoterapii

V psychoterapii pracujeme s lidmi, kteří se nejčastěji emočně trápí, řeší problémy, učí se přijmout neřešitelnou situaci, hledají bezpečí, mají naléhavou potřebu být přijati nebo oceněni, bojí se budoucnosti apod. Kvalitní psychoterapeutické vedení takových klientů bývá emočně náročné a vyčerpávající. Může se někdy stát, že terapeut není objektivní, neboť nedokáže dostatečně odstoupit. Proto terapeuti potřebují supervizi. Supervize jim umožňuje nést lidské příběhy a hledat cesty, jak klientům pomoci, také mohou supervizí profesionálně i osobnostně růst. Některé své reakce si terapeut sám uvědomit nedokáže, při nastavení zrcadla je však může velmi dobře vidět.

Supervizní sezení:

Při Bálintovské skupině jeden z terapeutů mluví o tom, jak ho rozčiluje klientka, která mu stále nosí lahve vína. Víno však nikdy neodmítá, aby se jí nedotkl. Je přesvědčen, že si ho tím kupuje, aby ji nemohl konfrontovat s tím, jak všechny kolem sebe svoji nadměrnou snaživostí manipuluje k tomu, aby ji chválili. Výsledkem je to, že si ji nikdo neváží. On se k ní ze svého hlediska chová hezky, chválí ji, ale ona se za 2 roky vůbec nelepšila, stále říká, jak je neschopná, hrozná, k ničemu, že by nejradyji zemřela. Úplně chápe jejího manžela, který od ní chce odejít. V terapii hraje hru „ano, ale“. Nechápe, proč vytrvale chodí, když jí nijak nepomohl. Dokonce se zdá, že k němu chodí ráda, což nechápe už vůbec.

Ve druhé fázi supervizního setkání, kdy padají upřesňující dotazy, se ukazuje, že klientka byla v dětství citově deprivovaná, neustále rodiči kritizována, vždy byla cepována, aby se hodně snažila. Prakticky nezažila přijetí pro sebe sama, i když se snažila, rodiče na ní vždy nacházeli nějaké nedostatky. Ve fantaziích členové skupiny uvažují nad tím, jak to má s potřebou přijetí a pochvaly sám terapeut. Ozývá se i to, že v supervizní skupině usiluje o přijetí a pochvalu, dělá to však jiným způsobem než jeho klientka – bouří se a vymezuje a chce za to obdiv. Není to tak, že oba usilují o totéž, jen jinými způsoby? V poslední fázi supervizního setkání terapeut sděluje, že mu je klientka najednou bližší, uvědomuje si až nyní, jak byla deprivovaná a je mu jí líto. Sám sděluje, že nyní rozumí, proč se díky tvrdé výchově nenaučila jinému způsobu, než o přijetí takto žadonit. Došlo mu také, že mu bránilo ji přijmout, asi právě pro svůj nedořešený problém, kterému se on brání bouřením se a vymezováním vůči autoritám, od kterých chce, aby ho i tak přijali. Svoji supervizní skupinu uzavírá větou, že si až nyní uvědomil, že úplně vytěsnil její deprivaci v dětství, jakoby ji přeskočil a uvažoval jen o současném chování. Teď má pocit, že je pro něj sympatičtější a má dojem, že ji chápe.

Psychoterapeutický výcvik sám o sobě ale není dostačující, neboť bez průběžné supervize a hodnocení se mohou původní chyby posilovat stálým opakováním (Yalom a

Leszcz 2007). Na některé své vzorce chování prostě člověk nevidí. Podobně tomu je nejen v terapii, ale také v supervizi. A to i přesto, že jde o setkání supervizanta profesionála se supervizorem.

Supervizně zaměřené setkání obou stran (supervizora a supervizanta, popř. supervizantů) je produktivní proces, který umožňuje podporu, reflexi, zpracování emocí, odborné vedení a kontrolu. Především na počátku práce terapeuta zmírňuje supervize stres a obavy. Supervize může významně chránit před syndromem vyhoření, protože umožňuje uvolnění tenze z terapie, získání nového pohledu, pochopení od druhých, inspiruje k dalšímu hledání a posiluje naději při hledání terapeutické cesty i s klienty, kde terapeut měl chuť rezignovat. Jde v ní především o reflexi profesních a osobních postojů, možnost zpracování emocionálních konfliktů spojených s výkonem profese, cestu k získání náhledu a porozumění širšímu kontextu. Supervize je velmi dobrou formou odborné přípravy a stává se součástí konceptu celoživotního vzdělávání.

K tomu, aby byla zajištěna kontinuita a ucelenost procesu supervize, je potřeba vymezit její cíle. Různí autoři uvádějí různé cíle supervize, což ukazuje na odlišný přístup k pojmu a obsahu supervize. Jednoduše vyjádřeno: „Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností. Souběžně s tím mu má supervize pomáhat zvládat těžko řešitelné případy a vyrovnat se s pracovním stresem.“ (Matoušek 2003, str. 352). Hlavním cílem supervize v pomáhajících profesích i v klinické praxi je tedy zvyšování profesionální kompetence pracovníka s pozitivním dopadem na kvalitu jeho práce i na kvalitu celého pracoviště. Vzhledem k tomu, že kontrakt zahrnuje odpovědnost všech stran za výsledek supervize, lze usuzovat, že supervizí dosáhneme pozitivních profesních změn. Pokud jde o obecné cíle supervize v pomáhajících profesích, tak ty jsou formulovány relativně široce. Ovšem jednotlivé cíle pro jednotlivá supervizní setkání, které vznikají během kontraktu supervizanta a supervizora, bývají vymezeny konkrétně. Hawkins a Shohet (2004) spatřují cíle supervize zejména v:

- pomoci supervizantovi nahlížet případy;
- poznání nových přístupů, případně i poučení;
- podpoře při profesionální nejistotě supervizanta;
- povzbuzení k další práci;

- posílení odolnosti proti stresu a vyhoření; lepším využití osobních a odborných zdrojů;
- kontrole kvality, resp. profesionality a etiky práce.

Havrdová (2000) systematicky uvádí tyto cíle supervize pracovníků pomáhajících profesí:

- poskytování pravidelného prostoru k reflexi obsahu procesu práce;
- rozvoj pochopení a dovedností;
- získání možnosti jiného pohledu na práci;
- získání informací;
- poskytování zpětné vazby k obsahu a procesu práce;
- získání ocenění a podpory jako pracovníka i jako osoby;
- získání jistoty, že nejsem odkázán nést zátěž sám;
- získání prostoru k setkání se a k vyjádření osobní nepohody, ztráty zájmu, přenosu;
- plánování a využívání zdrojů a prostoru;
- směřování k proaktivnímu více než retroaktivnímu;
- růst kvality práce.

Během supervize může dojít k situaci, kdy osobní problémy supervizanta ovlivňují natolik negativně jeho profesionální práci, že jejich změna pomocí supervize není možná. V takové situaci může být velmi lákavé, zejména pro supervizora, který je zároveň terapeutem, zaměnit supervizi s terapií. Supervizor by však neměl řešit osobní či osobnostní problémy supervizanta, jeho prvotním cílem je léčený klient (Behr a Hearstová 2005). Supervizor by si měl být vědom rozdílů, které supervizi od terapie odlišují. Supervize není léčebným procesem, zaměřeným na změnu osobnosti terapeuta, jde spíše o proces profesního růstu. V supervizi ke změně nevyužíváme analýzu přenosu v supervizním vztahu, na rozdíl od terapie, kde analýza přenosu v terapeutickém vztahu patří k dlouhodobé terapii, je využívána k dosažení terapeutických cílů a je jednou z oblastí na které se supervize zaměřuje.

Někdy může tendence ke změně supervizní práce v terapeutickou vznikat z popudu supervizanta, který má velký zájem řešit i své osobní problémy, zejména když ví o tom, že supervizor je rovněž kvalitním terapeutem. Tuto tendenci by měl supervizor včas identifikovat a rozhodně ji nepodporovat. Pokud supervizor vidí, že by supervizant terapii potřeboval, měl by ji doporučit, či alespoň nazvat to, co se děje, nebo o co aktuálně jde. Zejména tehdy, když je patrné, že supervizant má potíže mluvit o problémech, které ho tíží a týkají se spíše jeho osobně a nejde o pracovní oblasti. Supervizant má samozřejmě právo se svobodně rozhodnout, zda bude na psychoterapii docházet. Supervizor nemá se supervizantem v kontraktu terapii, a ani mít nemůže, proto k terapeutickým zásahům není oprávněn. Schmidbauer (2000, str. 154) uvádí, že „hranice mezi supervizí a terapií spočívá v tom, že v supervizi se emocionální konflikty zpracovávají jen na poli zaměstnání, zatímco terapie se vztahuje na celý život supervidovaného“.

Tabulka 1: Rozdíl mezi psychoterapií a supervizí (upraveno podle Svobodová 2002)

PSYCHOTERAPIE	SUPERVIZE
Cíle:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prospěch klienta, který vstoupil do terapie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prospěch klienta, s nímž supervizant pracuje.
Vztah:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podpora, přijetí a oceňování klienta. Tolerance k regresivním projevům. ▪ Vztah rodič-dítě postupně směřuje ke vztahu dospělý-dospělý. ▪ Hranice se mohou měnit a být posunovány. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podpora supervizanta při jeho práci. ▪ Regresivní projevy nejsou podporovány a jsou ihned zpracovávány, pokud se objeví. ▪ Vztah dospělý-dospělý. ▪ Hranice jsou dodržovány.
Očekávání:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klient nemusí být vždy připraven. ▪ Rychlost postupu je určována klientem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervizant přichází připraven a přináší na supervizi materiál. ▪ Rychlost společné práce je často určována aktuální situací v práci s klientem supervizanta.

2.1.3. Etické aspekty supervize

Pro mnohé profesní organizace i vědecké společnosti jsou v dnešní době samozřejmostí kodifikované etické zásady (např. Etický kodex České psychoterapeutické společnosti, Evropské psychoterapeutické společnosti apod.). Důvodem jejich vzniku bylo pojmenovat priority, stanovit etické hranice, odhalit možná rizika a konflikty v profesionální činnosti. Podobně je tomu v supervizi. Do etiky v supervizi patří etické principy k více zúčastněným osobám (supervizant, supervizor, organizace, společnost) včetně klienta, který v supervizním sezení není. Etická pravidla pro supervizi musí být ve shodě s jednotlivými etickými kodexy profesních komor pracovníků, kteří jsou supervidováni. Samostatný etický kodex supervizorů u nás zatím formulován nebyl. ČIS vychází z Etického kodexu EAS, který je pro členy ČIS závazný.

Etická pravidla v supervizi výstižně formuloval Matoušek (2003):

- být prospěšný,

- neuškodit,
- nezneužívat,
- nemanipulovat.

Tato pravidla shrnují to, co je popsáno zevrubněji v Etických zásadách EAS (EAS 1994). Z kodexu EAS vyplývají následující priority supervizní práce:

- dodržování platné legislativy a etických zásad,
- prospěch klienta,
- prospěch supervizanta,
- prospěch supervizora.

Supervizor může být spojován s představou jakési nadřazenosti. Tím, kdo je „nad“ terapeutem, kdo je lepší, má větší znalosti a kompetence, moc i kontrolu. Supervizanti pak mohou mít strach z toho, že autorita supervizora bude hledat chyby, kritizovat či vyvolávat pocit viny, studu. Někdy je naopak viděn jako ten, který vše vyřeší, odpoví na všechny otázky, apod. Pokud se supervizor stylizuje do takové autority, nebo to snad i jen naznačuje, není supervizorem. Supervizant má mít svobodu prezentovat vše, co potřebuje - své chyby, nejistoty a postoje a supervizor má pro to vytvořit atmosféru.

Základní zásady etiky KBT supervize tedy jsou (Praško a kol. 2011c):

- Působit užitečně a blahodárně.
- Neškodit.
- Zůstat věrný kontraktu.
- Spravedlnost a vzájemné nezneužívání se.
- Autonomie a vzájemné právo volby.
- Zájem o sebe, dovednost uvědomit si vlastní potřeby a vlastní přetížení.

2.1.4. Formy supervize

Supervize může mít řadu podob podle typu klientů (jedinec, skupina, tým, či celá organizace) nebo podle typu prostředí, ve kterém je supervize poskytována. Supervize

může být nahodilá nebo systematická a soustavná, formální i neformální, plánovaná i ad hoc, poskytovaná přímou i nepřímou formou (za pomoci ústního podání, přepisu, audio či videonahrávky práce s klientem) (Macáková 2001). Supervizorem může být pracovník stejné organizace, či člověk zvnějšku. Zvláštní formou supervize může být autovize (auto-supervize) a intervize (peer-supervize). Některé nové přístupy v supervizi využívají internet, skype a chat, a tak mohou nabídnout supervizi i terapeutům, kteří bydlí ve vzdálených místech.

Tabulka 2: Faktory a druhy supervize (podle Havrdová 2008b)

Faktor autority (kdo?)	Externí, interní
Faktor role, kompetencí a vztahů (s kým?)	Individuální, skupinová, týmová
Faktor zaměření (o čem?)	Případová, poradenská, programová
Faktor přístupu (jak?)	Administrativní, výuková, podpůrná
Faktor času (kdy?)	Pravidelná, příležitostná, krizová

Individuální a skupinová supervize

Supervize individuální je strukturované setkávání s jedním supervizantem, jehož cílem je rozvoj jeho profesionálních kompetencí.

Supervize skupinová je pak strukturovaný proces, jehož cílem je profesionální rozvoj supervizanta jako jedince ve skupině dalších supervizantů. Tématem jsou nejčastěji případy či postupy. Specifickou (a u nás zřejmě nejznámější) formou skupinové supervize je Bálintovská skupina (Vymětal 2004). Poskytování skupinové supervize může mít několik předností. Supervizor může například velmi názorně poukázat na probíhající paralelní proces. Ve skupině dochází často k vzájemné emoční podpoře. Supervizanti se mohou učit, jak lze věci sdělovat druhým, jak lze mluvit autenticky a přitom s úctou, empatií a respektem. Pochopení přichází mnohdy až přes příběhy druhých, kdy druhý odvážně otevře téma, na které oni sami ještě neměli odvalu, přizná protipřenosové pohnutky, za které by se oni sami styděli apod. Příležitosti k učení si lze ještě rozšířit tím, že jsou supervizanti požádáni, aby zaznamenávali své zážitky ze supervizní skupiny (Yalom a Leszcz 2007). Mají též možnost zamýšlet se nad případy ostatních s odstupem, podobně jako to dělají

supervizoři, což je dovednost, která jim zvyšuje sebereflexi a učí je nadhledu i pro případnou pozdější supervizní praxi.

Tabulka 3: Individuální a skupinová supervize – výhody a nevýhody (volně podle Gabura 1995)

INDIVIDUÁLNÍ SUPERVIZE		SKUPINOVÁ SUPERVIZE	
Výhody	Nevýhody	Výhody	Nevýhody
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Větší prostor pro jedince ▪ Zřetelněji je vidět vztah s klientem ▪ Supervizní vztah se buduje jasněji a jednodušeji ▪ Supervize je přesněji zacílena 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Větší závislost na supervizorovi ▪ Menší dynamika ▪ Skupinová podpora chybí ▪ Obecně chudší materiál ▪ Je ekonomicky nevýhodná 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Závislost na supervizorovi je menší ▪ Je přítomna skupinová dynamika, kterou lze využít ▪ Skupina poskytuje vzájemnou podporu ▪ Obecně bohatší materiál (větší počet vstupů, reflexí, zpětných vazeb) ▪ Je ekonomicky výhodná 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jedinec nemá tolik prostoru (vyjma Balint.sk.) ▪ Vztah s klientem může překrývat dynamika ▪ Menší přínos pro pasivní členy ▪ Část materiálu zůstane nevyužita

2.1.5. Supervizní proces

Experienciálním učením, ke kterému dochází během supervize, supervizant profesionálně roste ve svých kompetencích a může lidsky zrát. Dochází k řízenému objevování toho, co se děje ve vlastním terapeutickém procesu. Supervizor se má zaměřit na odborný a klinický rozvoj supervizanta, všimnout si jakýchkoliv jeho bloků z důvodu nedostatku znalostí, chyběním zkušeností, či například protipřenosem, jež u supervizanta nastanou (Yalom a Leszcz 2007). Nejúčinnější je, podle uvedených autorů, pokud se supervizorům podaří naladit se na supervizanty, sledovat jejich hlavní starosti, zachytit podstatu jejich vyprávění, převést je přes klinická dilemata a projevit osobní zájem a podporu. Tak by měl supervizant podobně jako klient v terapii cítit bezpečí, porozumění, akceptaci a zároveň by měl být podněcován k dalšímu diferencovanějšímu

objevování souvislostí (Persons 2008, Linehan a McGhee 1994). Supervize, ve které převažuje kritika, nebo ta, která je zahanbující či uzavřena hlavním starostem supervizanta, nepodněcuje supervizanta k růstu, a ještě ho odrazuje. Lze uvažovat o tom, že již nejde o supervizi.

Proces supervize lze rozdělit na několik na sebe navazujících etap. Patří sem:

- (1) vytvoření supervizního vztahu;
- (2) popis problému;
- (3) kontrakt - dohoda o cílech a metodách supervize;
- (4) podrobná analýza problému, konceptualizace případu, vytvoření hypotéz o tom, co problém udržuje;
- (5) řešení problému, často hlavně změna pohledu na problém, získání nadhledu, možné použití různých strategií, nácviku, technik;
- (6) hodnocení a reflexe procesu změny;
- (7) posílení autonomie supervizata.

Proces supervize probíhá zpravidla od jednodušších kroků ke složitějším. Na počátku se supervizant učí základnímu porozumění klienta, analýze jeho problému, konceptualizaci případu a následnému výběru terapeutických strategií. Postupem času se pak učí i porozumění širším souvislostem terapeutického vztahu, vlastním protipřenosovým reakcím, širšímu kontextu organizace, společnosti, generace a kultury. Pro proces supervize je důležité si uvědomit následující:

- Základem supervize je vybudování vztahu mezi supervizorem a supervizantem, ten je často zrcadlem vztahu terapeut-klient, klade se však větší důraz na rovnost mezi oběma a na svobodu a samostatnost supervizanta již od počátku supervizního procesu.
- Supervize je dynamický proces, který může podléhat změnám, zvrátům a v průběhu supervize se vyvíjí.
- Supervize supervizantovi nemůže být vnucována nebo diktována, má možnost svobodné volby.
- Proces supervize v psychoterapii se týká:
 - porozumění případu;

- způsobu vedení terapie;
- kritických momentů a slepých míst terapie;
- terapeutického vztahu;
- protipřenosu;
- terapeutických dovedností.

Pokud má supervize optimálně začít a pokud má u supervizanta dojít k růstu osobnostních předpokladů a profesních kompetencí, je třeba dodržovat některé zásady (upraveno podle Matouška 2003):

- (1) *Podmínky* – supervizor se předem na supervizi připravuje, podmínky práce se supervizantem nebo skupinou si vytváří, uvědomuje si, co může očekávat, anticipuje možné projevy a reakce supervizantů. Je pak lépe připraven na nepředvídatelné situace.
- (2) *Budování pracovní aliance* – základem supervizního vztahu je akceptace, otevřenost a empatie; jsou předpokladem pro vytváření ovzduší důvěry a bezpečí. Úsilí o budování dobrého supervizního vztahu vychází od všech zúčastněných. Vždy je třeba respektovat zranitelnost supervizanta. Patří sem i požadavek na zachování mlčenlivosti, a to i po ukončení supervize.
- (3) *Otevřenost* – k tomu, aby se supervizant mohl plně otevřít, je nutný respekt a úcta, tolerance k různým postojům a názorům, možnost diskuse, snaha porozumět jednání a pocitům druhých. Také to, že každý mluví sám za sebe. Všechny tyto zásady platí pro supervizora i supervizanty.
- (4) *Organizační rámec* – supervize by měla mít jasnou strukturu. Není-li tomu tak, může nastat chaotická situace, kdy nikdo neví, co se bude dít, chybí jasná pravidla. Někdy může být supervize naopak „přeorganizovaná“ s rigidními pravidly, což tlumí tvořivost a nápady.
- (5) *Informovanost* – pocit bezpečí pomáhá vytvořit přiměřenou informovanost o organizační, zejména časové struktuře a jednotlivých krocích supervize.
- (6) *Zázemí* – důležité je připravit dobré „provozní“ zázemí – vhodná místnost, světlé a tepelné podmínky, místo pro sezení apod. To zvyšuje pocit bezpečí a pohody. Důležité jsou i přestávky.

- (7) *Pravidla psaná i nepsaná* – vytvářejí supervizní kulturu a styl práce. Jejich existence je podmínkou kvalitní práce supervizního sezení. Přijetí pravidel musí být podřízeno cílům supervize a schváleno jejími účastníky. Pravidla by měla být formulována v počáteční fázi supervize - nejlépe již při prvním setkání. Přijaté normy se vztahují ke konkrétním jevům – mlčenlivosti, vzájemné úctě, toleranci, dodržování lidských práv či profesionálního etického kodexu, ale i docházky, dochvilnosti, aktivity účastníků, užívání mobilních telefonů, odcházení, atd.
- (8) *Systematičnost* – supervize postupuje krok za krokem od nejjednoduššího k složitějšímu, s ohledem na možnosti supervizantů. Základem je kontrakt, který formuluje cíle, podmínky, metody a výstupy supervize.

Cílem uvedených zásad je vybudovat takový pocit bezpečí, aby byla zajištěna spontaneita a otevřenost supervizantů, a snížila se potřeba sebestylizování, stud a strach a byla posílena odvaha přiznat si možné chyby a hledat nové cesty.

Supervizor je zodpovědný za vytvoření a udržování podmínek, jež umožňují kvalitní supervizní proces. Supervizor je tedy povinen především (upraveno podle materiálu poskytnutého PhDr. Hajným při přednáškách na FHS):

- a) v supervizi dodržovat platnou legislativu, etický kodex a standardy kvality;
- b) dbát na etický rámec supervize (mlčenlivosti i po ukončení supervizního procesu), nestrannost, respektování lidských práv apod.;
- c) informovat supervizanta o svém vzdělání, kvalifikaci, výcviku, stylu práce;
- d) zaměřit proces supervize na potřeby klienta v mezích standardů dobré praxe a etiky;
- e) dbát na uzavření supervizního kontraktu na počátku;
- f) zajistit organizaci;
- g) na začátku supervizního sezení dohodnout zakázku supervizanta, respektovat ji a sledovat její naplňování, event. pracovat se skrytou zakázkou;
- h) dodržovat a respektovat hranice vztahu mezi supervizorem a supervizantem;
- i) respektovat osobnost supervizanta, jeho tempo, styl učení;
- j) poskytovat relevantní zpětnou vazbu nejen při ukončení supervize či supervizního sezení, ale rovněž v průběhu - vytvářet příležitosti pro společnou „revizi“.

Odpovědnost za supervizní proces nese supervizor, ale i supervizant. Neměl by supervizi brát jako nutné zlo, být pasivní, nebo k ní mít nechuť. Supervize pak ztrácí smysl. Na supervizantově odpovědnosti spočívá (upraveno podle materiálu poskytnutého PhDr. Hajným při přednáškách na FHS):

- a) podílet se na tvorbě kontraktu, spolu se supervizorem formulovat zakázku, podílet se na jejím naplnění a reflektovat ji;
- b) dodržovat následně stanovená pravidla;
- c) připravit se na supervizi – přinést téma ke zpracování;
- d) být otevřený a pravdivý, pokud pro to není bezpečné prostředí, sdělit to supervizorovi;
- e) přijímat a dávat zpětnou vazbu;
- f) dodržovat a respektovat hranice mezi supervizantem a supervizorem;
- g) v případě nespokojenosti s průběhem supervize to sdělit supervizorovi.

Supervizní proces začíná *tvorbou supervizního kontraktu*, ve kterém se dohodnou konkrétní pravidla a podmínky supervize. Obě strany si ujasní cíle a prostředky k dosažení těchto cílů. Stanoví si pravidla, ujasní místo a počet setkání, časovou hranici, ale i způsob hodnocení, kritéria úspěšnosti, eventuálně výstupy (komu). V této fázi je třeba ujasňovat, co do supervize patří a co nikoliv (např. kontrola práce podřízených, psychoterapie, apod.). Kontrakt tak pomáhá vytvořit bezpečný prostor pro společnou práci. Kontrakt může být dvojstranný (supervizor – supervizant) či trojstranný (supervizor – organizace – supervizant). Pokud jde o trojstranný kontrakt, je třeba konkrétně vymežit způsob komunikace těchto stran. Aktuální sezení je definováno krátkodobým kontraktem, dlouhodobý je pak uzavírán pro celou dobu supervize. Kontrakt mívá dvě části – formální a obsahovou. Formální část kontraktu většinou obsahuje (podle materiálu poskytnutého PhDr. Hajným při přednáškách na FHS):

- typ supervize (individuální, skupinová, případová, týmová, rozvojová);
- místo setkávání;
- četost setkávání;
- délku sezení;
- způsob hodnocení;

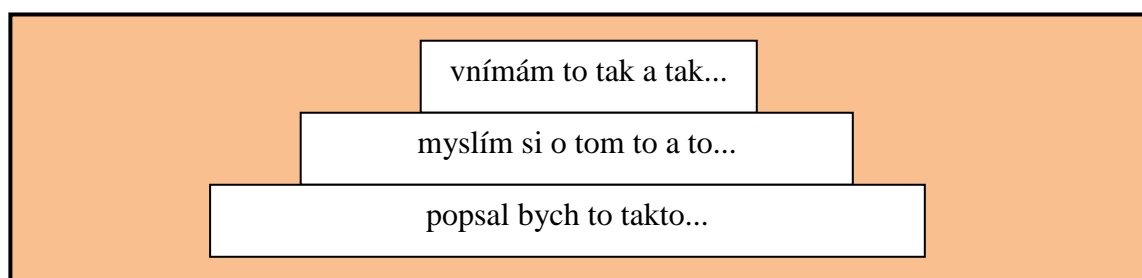
- podmínky ukončení kontraktu;
- období, na které je kontrakt sjednán (určitá, neurčitá);
- dohodu o zápisech ze sezení;
- ekonomické stránky (hodinová sazba, způsoby platby a jejich termíny);
- práva a povinnosti supervizora, supervizanta i organizace.

Kontrakt obsahuje formulaci zakázky supervizantem (jeho očekávání od supervize). Úkolem supervizora je pokusit se toto očekávání naplnit, eventuálně zakázku nekontraktovat společně se supervizantem. Kontrakt by měl být jasný a přehledný pro všechny strany, tím lze předcházet nereálným očekáváním a možnému zklamání. Zakázku je možné stanovit nejen aktuálně, ale i dlouhodobě, to v případě například rozvoje určité dovednosti supervizanta (například učení se stanovit hranice ve vztahu s klientem apod.). Do procesu supervize zasahují také nevědomé procesy. Tento fakt je třeba si uvědomovat a nevědomé procesy zvědomovat a užít jejich potenciálu ve vlastní supervizi. Zakázka může být zjevná, ale také skrytá, jež bývá mnohdy důležitější. Supervizor by ji měl umět bezpečně označit a pracovat s ní. Dobře vytvořený kontrakt a jeho dodržování přispívají k atmosféře bezpečí, důvěry a respektu, což je pro kvalitní supervizní proces nezbytné.

Gabrysz (2007) popisuje samotnou práci na formulaci zakázky. Bezpečný rámec pro supervizanta při formulování zakázky může umožňovat tento postup:

1. *Popis problému a souvisejících okolností* - popisná aktivita je pro supervizanta snadno uchopitelná a zpravidla neohrožující. Popisuje to, co zná.
2. *Prezentace vlastního názoru* - supervizant sděluje, co si o dané situaci myslí. Tato část je již více ohrožující, proto je důležité mít dobře vytvořenou atmosféru.
3. *Vyjádření emocí* - je významný krok, zejména pro psychohygienu účastníků. Je nejvíce závislý na bezpečném vedení supervizorem.

Obrázek 2: Schéma bezpečného sdělení zakázky



Nosnou základnou pro proces supervize je *supervizní vztah*. Vytvoření, budování a udržování tohoto vztahu je podmínkou pro dobrou supervizi, ke které je třeba aktivity obou stran. Vztah mezi supervizorem a supervizantem nemůže být symetrický, protože mají jiné úkoly a odpovědnosti. Úkolem supervizora je udržovat rámec a hranice, pečovat o atmosféru bezpečí. Úkolem supervizanta je pracovat s klienty, přinášet supervizní materiál a pracovat na svých úkolech.

Do fungujícího vztahu mezi supervizorem a supervizantem patří vzájemný respekt, autenticita, empatie, kooperace a spolupráce. Je otázkou, nakolik má být supervizor ve svých projevech osobní a otevřený. Podle Yaloma a Leszcze (2007) „čím více, tím lépe!“ Odhalením vlastních zkušeností a klinických problémů supervizoři snižují hierarchii moci a pomáhají supervizantovi, aby věděl, že nemusí umět všechno. Navíc otevřený, sebeodhalující přístup učí pomocí příkladů sebereflexi a snižuje tendenci supervizanta vytěšňovat a popírat problémy. Překážkou pro optimální supervizní vztah mohou být následující faktory (Horská 2008):

- a) pasivita supervizanta;
- b) velký profesní odstup;
- c) nadměrně empatický přístup;
- d) nadměrně kamarádský vztah;
- e) profesní hierarchie.

V procesu supervize může být potřebné zvědomit a zpracovat skrytý nevědomý materiál, který se objevuje jak v terapeutickém, tak v supervizním vztahu (Reichelt a Skjerve 2002). Úkolem supervizora je odhalit nevědomé procesy, nazvat je a využít v supervizi. Supervizní proces může být ovlivněn hlavně následujícími jevy (Hartl a Hartlová 2000, Yourman a Faber 1996):

- a) *Přenos* - jedná se o projekci ve směru klient – terapeut/supervizant – supervizor. Klient na terapeuta a supervizant na supervizora přenášejí své očekávání, zkušenosti, vztahy nebo city z dřívějších významných vztahů;
- b) *Protipřenos* – může být nevědomou reakcí na přenos nebo projekcí očekávání od vztahů v minulosti ve směru terapeut – klient či supervizor – supervizant. Důležité je, aby tyto procesy dokázal supervizor zvědomit a zpracovat ve prospěch klienta, supervizanta a celého supervizního procesu.
- c) *Paralelní proces* – v supervizi se mohou objevit podobné jevy, děje a mechanismy, jako mezi účastníky supervidované terapie. Supervizor musí být schopen tento proces, který se může projevovat například bezmocí, hostilitou, napětím nebo naopak koaličním sepětím, obdivem, nadržováním apod. rozpoznat a integrovat do supervize.

2.1.6. Osobnost supervizora

Supervize vyžaduje především utvoření a rozvíjení supervizního vztahu a tím umožňuje zažít supervizantovi atmosféru a hodnotu terapeutického vztahu (Yalom a Leszcz 2007). K vytváření tohoto vztahu jsou třeba kvalitní odborné a osobnostní vlastnosti supervizora, ke kterému se supervizant vztahuje. Pokud se setká s člověkem, který se nad ním povyšuje, nedůvěřivě kontroluje, zaměřuje se pouze na chyby a pak jej převážně kritizuje, není vztah bezpečný. Navíc nebezpečí moci a jejího zneužití v supervizi i v pomáhajících procesích je značné (Guggenbühl-Craig 2007). Podobně pokud má supervizor nedostatky ve znalostech či zkušenostech, nemá dostatečné dovednosti, jen stěží může být autoritou, od které se supervizant učí. Evropská asociace supervize vymezila v roce 2000 kritéria, kterým by měla odpovídat osobnost supervizora (podle Hempa 2000):

- *Osobnostní charakteristiky a předpoklady* - psychické zdraví, pozitivní základní postoje, odpovědnost, otevřenost, přátelský duch, spolehlivost, aktivita, realistická očekávání, intuice.
- *Profesionální schopnosti* – vytváření bezpečné a důvěrné atmosféry, schopnost integrovat a diferencovat, konfrontovat obtíže.
- *Reflektování praktické zkušenosti* – se sebou, s druhými lidmi, se skupinami, v organizacích, ve společnosti;

- *Profesionální znalosti* - základní znalosti obecné psychologie, psychologie zdraví a psychopatologie, vývojové psychologie, psychologie práce a motivační teorie, psychologie osobnosti, teorie mezilidské komunikace, znalosti o meta-komunikaci, vědomosti o skupinové dynamice, základní vědomosti z teorie řízení a struktury organizace, o strategii změny, filozofické myšlení a vědomosti ze základních filozofických konceptů.

K tomu, aby se člověk mohl stát dobrým supervizorem, je třeba určitých osobnostních kvalit, například být laskavý, tolerantní, citlivý, naslouchající, pravdivý, velkorysý, dávající druhým prostor, respektující, moudrý, nehodnotící, povzbuzující, mít charisma a být neformální autoritou a dobrým člověkem, který má rád lidi. Kvalita supervize souvisí s lidskou zralostí a životními postoji supervizora (Eis 1995).

Problematickými a někdy až nebezpečnými rysy osobnosti, které může supervizor mít, jsou například nepoctivost a další disociální rysy, nadměrné sebestřednění, potřeba moci a kontroly nad druhými, nadměrná soutěživost, netrpělivost, dogmaticnost, tendence k moralizování, nutkání druhé poučovat, sebestřednost, nedostatek diskrétnosti, nadměrná potřeba přijetí druhými, nadměrné tendence k ochranářství, onnipotentní sklony, tendence k dramatizaci a touha po senzaci.

O nárocích na osobnost supervizora vypovídají také vstupní kritéria do výcviků v supervizi. Zde jsou uvedena kritéria pro vstup do výcviku stanovená EAS, ČIS a KBT institutem.

EAS (2003) uvádí tato vstupní kritéria:

- dokončené odborné vzdělání;
- víceleté zkušenosti v oboru;
- další vzdělání v psychosociálních předmětech (nejméně 400 hodin);
- zkušenost s vlastní supervizí minimálně 30 hodin;

ČIS (2006) udává tato kritéria:

- vysokoškolské vzdělání humanitního směru nebo medicína;
- 13 let praxe v oblasti pomáhajících profesí;
- ukončený výcvik v psychoterapii – minimálně 500 hodin;

- 120 hodin supervize vlastní práce – do těchto hodin je započítává 70 hodin supervize z výcviku v psychoterapii, z toho maximálně 50% bálintovských skupin,
- minimálně 20 hodin individuální supervize;
- zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí – minimálně 200 hodin nebo zkušenost s vedením pracoviště, týmu – minimálně 3 roky.

Požadavky na vstup do supervizního KBT výcviku (www.KBT-Odyssea.cz) jsou následující:

- ukončený výcvik v KBT v akreditovaném KBT institutu;
- supervize vlastní práce s klienty supervizorem - nejméně 200 hodin;
- nejméně 5 let vlastní KBT praxe, doloženo 12 kazuistikami;
- nejméně 5 let práce s klienty po dokončení studia;
- doporučení k superviznímu výcviku zástupci KBT institutu;
- doporučení k superviznímu výcviku nejméně 2 vlastními supervizory;
- účast na peer supervizi – nejméně 100 hodin;
- aktivní účast na semináři nebo konferenci, nejméně 1 přednáška;
- úspěch v přijímacím pohovoru.

2.1.7. Supervize v různých psychoterapeutických směrech

Psychoanalýza od svého počátku pokládá supervizi za integrální součást vedení terapie. Už Frieda Fromm-Reichmannová (1950, český překlad 2003) píše, že mladý psychiatr v psychoanalytickém tréninku by měl strávit alespoň 200 hodin supervize se svými zkušenými kolegy a probrat s nimi řadu svých klientů. Supervizní analytik pomáhá supervizantovi ve výcviku nahlédnout, které prvky jeho reakce patří jemu samotnému a které prožívá jako klientovu projektivní identifikaci (Behr a Hearstová 2005). K ukončení psychoanalytického výcviku se požaduje zpravidla nejméně 3 roky vedení klientů pod pravidelnou a systematickou supervizi.

Podobně je supervize součástí profesionálního vývoje *skupinového analytika*. Náročný proces propracovávání, ke kterému během skupinové práce dochází, potřebuje

často tvořivé přístupy, ke kterým přispívá supervize (Yalom a Leszcz 2007). Supervize má ústřední roli jak ve výcviku, tak v další profesní zkušenosti. Supervize také předává profesní hodnoty a etické postoje. Proto by se supervizoři měli snažit o soulad: měli by jednat se supervizantem se stejným respektem a péčí, jaké by supervizanti měli poskytovat svým klientům (Yalom a Leszcz 2007). Kromě přenosových a protipřenosových aspektů pomáhá supervize rozpoznat také vlastní protiterapeutické tendence, jako je překračování hranic, vytváření koalice apod. (Behr a Hearstová 2005). Supervize skupinové terapie může být v mnoha směrech náročnější, než supervize individuální psychoterapie (Yalom a Leszcz 2007). Porozumět množství různých povah není samo o sobě lehkým úkolem. Kromě toho je k dispozici množství informací, které je tak velké, že jak supervizant, tak supervizor si musí často vybírat, na co se zaměří. Supervizi je vhodné domluvit již před první terapeutickou skupinou, aby byla věnována dostatečná pozornost výběru klientů a přípravám na skupinu. V dalším průběhu bývá doporučována jedna hodina supervize na jednu hodinu skupinové terapie (Yalom a Leszcz 2007). Výhodné je mít supervizi záhy po terapii, nejlépe hned následující den. U nás ve výcvicích SUR probíhá supervize ihned po dokončení vedení skupiny. Supervizor, který se ve většině případů nikdy neseťká s klienty, jejichž léčbu ovlivňuje, funguje jako katalyzátor v interakci mezi terapeutem a skupinou. Behr a Hearstová (2005) uvádějí, že prvním účelem supervize je zvýšit porozumění terapeutickému vztahu, druhotným je pak zlepšovat terapeutické dovednosti supervizanta. Supervize skupinové psychoterapie může být individuální ale také skupinová. Supervizor může získat řadu informací o chování supervizanta v terapeutické skupině tím, že bude věnovat pozornost jeho chování při supervizi (Yalom a Leszcz 2007). Někdy se tento jev nazývá „paralelní proces“ v supervizi. Supervizor by měl věnovat pozornost takovým ukazatelům, jako je míra otevřenosti a důvěry během supervizní hodiny, kdo je dominantní, kdo se naopak interakci ve skupině vyhýbá, kdo usiluje nadměrně o pozornost supervizora, kdo se spíše přidává k názorům jiných a kdo například musí být vždy originální. Kromě lepšího pochopení dynamiky své skupiny potřebuje supervizant často také poradit, co má dále se skupinou dělat, zejména když se skupinovou terapií teprve začíná. Supervizor, který sestavuje supervizní skupinu, musí brát v úvahu celou řadu faktorů, jako je vzájemný hierarchický vztah supervidovaných osob, jejich základní profesionální identita a ve výcvikovém uspořádání také pokročilost v oboru (Behr a Hearstová 2005). Je třeba mít na zřeteli, že členové skupiny se mohou znát i z jiných kontextů než ze skupiny a mohou mít na sebe různé vazby. To může přispívat

jak k soudržnosti a důvěrnosti, tak k přílišné soutěživosti, žárlivosti či tendenčnosti, které si členové přenášejí z jiných situací do supervizní skupiny. Pokud se tyto potenciálně destruktivní tendence objeví, je úkolem supervizora, aby je otevřel a ve společné diskusi byly vyřešeny. Na druhou stranu rozmanitost složení analytické supervizní skupiny, kde jsou různé profese a úrovně zkušeností, obvykle poskytuje tvořivé zázemí, které umožňuje akceleraci vyzrávání účastníků (Behr a Hearstová 2005). V supervizní skupině je nutné dát možnost k probrání své skupiny každému účastníkovi, takže supervizor musí dbát na to, aby se role protagonisty obměňovala. Rovnoměrné rozdělení času umožňuje účastníkům, aby se důkladně zamysleli nad svoji prací. Supervizor by měl být natolik pružný, aby umožnil plynulý, nerušený průběh vyprávění, pokud je emočně nabitě. Zároveň musí být připraven do líčení zasáhnout, pokud je plné nadměrných detailů nebo pokud je nutné něco zdůraznit tak, aby to nezapadlo. Supervize v sobě nese prvek „kontejnování“ emocí. To od supervizora vyžaduje dovednost strukturovat sezení, zejména na jeho počátku a na jeho konci. Snaží se propojit názory členů, a pokud se objeví rozdílné názory, nebo podstata věci unikne, musí sám říci, co preferuje nebo vybědnout skupinu, aby přemýšlela a diskutovala o paralelním procesu (v supervizní skupině se opakuje dynamika terapeutické skupiny).

Dalším úkolem supervizora je vnímat, co se ve skupině emocionálně děje, a to jak u celé skupiny, tak u jednotlivců. Často musí postupovat velmi citlivě a rozvážně, zvážit možnosti terapeuta a to, co v danou chvíli je schopen unést. Například zjevně bezmocný terapeut, který má tendence k sebevýčítkám, bude potřebovat nejdříve podporu, eventuálně nehodnotící pochopení svého protipřenosu, než bude schopen porozumět nezaujaté analýze skupinového dění. Pokud vedou terapeutickou skupinu dva terapeuti, mohou mít různou zkušenost i různé potřeby a může mezi nimi docházet k napětí, které se může začít projevat v atmosféře celé komunity. To pak vyžaduje supervizi celého týmu.

Supervizní sezení:

Marta a Nora jsou dvě terapeutky ve výcviku, které pracují na stejném oddělení. Nora už bude výcvik končit a pokládá se za zkušenější, Marta je však klinicky starší, má delší praxi, je na oddělení déle a má větší koalici se sestrami a vlastně i s kolegy na oddělení. Zakázku, kterou chtějí v supervizi řešit, je zdánlivě jednoduchý problém. Dát přednost pevnému zachovávání režimu oddělení nebo naléhavému individuálnímu pohovoru s klientkou, která aktuálně sdělila, že byla sexuálně zneužívána a chce o tom ještě před víkendem promluvit? Marta argumentuje, že je nutné zachovávat režim oddělení a promluvit s klientkou mimo čas komunity a skupiny, protože jinak by to byl precedens a ostatní klienti by chtěli

individuální pohovory kdykoliv během skupinového programu. Řád oddělení by se narušil, jak se v minulosti už občas stalo. Nora, která se o klientku na oddělení stará, však argumentuje, že po skupinovém programu už tady nebude, protože je po službě a má nutný naplánovaný program, takže jí zbývá promluvit s klientkou v době skupinových aktivit. Protože bude následovat víkend a klientka naznačila, že by mohla být suicidální, je individuální pohovor nutný. Navíc to klientce již slíbila. Původně s ní chtěla mluvit o noční službě, ale nestihla to pro množství administrativy v nemocnici. Proto jí řekla, že s ní promluví hned ráno, protože je to důležité a na komunitě pro jednu být nemusí.

Z podání obou je patrné, že obě terapeutky spolu bojují. Navíc Marta sděluje, že sestry jsou na její straně, že nechtějí, aby se porušoval režim oddělení, protože jinak opět bude „chaos“, jak tomu bylo v minulosti při jiné sestavě personálu oddělení. Když se to snažila Noře sdělit, ta jen bouchla dveřmi a odešla. Vůbec se s ní o tom nechtěla bavit. Už v minulosti na Martu Nora opakovaně křičela, i před sestrami a klienty. Nora také přidává, že je přesvědčena, že Marta ji vůbec nerespektuje a je v koalici se sestrami. Když za ní přišla, nic řešit nechtěla, jen jí sdělila, že klientka musí na komunitu, jinak tam bude chaos. Je to opakovaně, co jí Marta něco nařizuje a ohání se souhlasem ostatních. Cítí se tam jako „černá ovce“.

Supervizorka uvažovala, jak se k situaci postavit. Vlastně každé řešení je špatné, protože jedna z protagonistek bude cítit velkou křivdu a o to větší vztek na druhou a ani jedno řešení nemá nakonec za cíl tolik klientčino blaho, jako vítězství jedné z terapeutek. Protože zde byla zjevně skrytá zakázka, která se dotýkala sebevědomí a pocitů nepřijetí u obou zkusila označit tuto skrytou zakázku.

Supervizorka: Oběma vám dobře rozumím, Vám, Marto, že se obáváte narušení režimu oddělení s důsledky pro celou komunitu, a Vám Noro, že cítíte akutnost naléhavě řešit sexuální trauma své klientky. To jsou oba dobré cíle, bohužel jsou nyní v konfliktu. Je ale moc fajn, že jste s tím přišly na supervizi. Přesto, že se navenek zdá, že oddělení funguje výborně a klienti jsou vesměs spokojeni, z toho, co říkáte se mi zdá, že je pro vás nyní obtížné spolupracovat spolu. Jaká je tedy vaše zakázka? Mohly byste mi ji ještě více konkretizovat?..(ticho)...Chcete řešit situaci mezi sebou, tedy jak spolu spolupracovat?

Nora: Já myslím, že to nejde. Ona si mě vůbec neváží. Přišla jsem později a nezapadla. Všichni jsou proti mně (zjevně potlačuje slzy).

Marta: To není pravda. Od počátku jsem byla ráda, že tam jsi, že se od tebe mohu učit, protože už budeš končit výcvik a máš mnohem větší znalosti. Ale ty ses se mnou opakovaně nechtěla bavit. Měla jsem dojem, že mnou pohrdáš, že se chceš bavit o takových všedních věcech, jako jsou děti nebo co se děje v rodině. Ale když jsi vedla skupinu, tak jsem tě obdivovala, jak ti to jde.

Nora: To bys mi neřekla, že si mám vzít neuroleptika, když jsme se chytly na sesterně.

Marta: To jsem přehnala, ale to jsi na mě křičela a nepustila mě ke slovu. Nešlo se s tebou na ničem dohodnout.

Supervizorka: Z toho, co říkáte se zdá, že se obě cítíte tou druhou nepřijaté. Je to tak?

Marta: No možná...

Supervizorka: Napadá mne se Vás zeptat, co byste potřebovaly, abyste mohly spolu vyjít?

Nora: No nevím, nevím, když máme vztek, tak mě nic nenapadá. Pro mě je to těžké....

Marta: Taky to pro mě není lehké, potřebovala bych, abys se mnou mluvila i o nepříjemných věcech. Já tě mám docela ráda, i když teď takhle bojujeme.

Nora: Hmm.

Supervizorka: Obě máte snahu, toho si cením. Marta říkala, že velmi oceňuje, jak vedete, Noro, skupiny, že se jí to moc líbí. Našla byste ještě něco?

Marta: Ten obdiv, jak Noro vedeš skupiny, ten opravdu mám. Jsi schopna se zacílit, máš pěkné příklady, jsi citlivá k jednotlivcům a dobře odhaduješ, co se ve skupině děje. To ti docela závidím. Mám obavu, že to tak dobře nikdy nebudu umět.

Nora (potěšeně): Hm, to mě potěšilo, pokud to myslíš upřímně. Sama si až tak s tím vedením nejsem jistá. To tobě půjde ještě lépe, protože si sociálně zdatnější než já. Zatím v tom „vedu“ (usmívá se), protože mám o 2 roky výcviku více než ty.

Supervizorka: Teď to chvíli bylo oboustranně přátelštější. Přitom to musí být moc těžké, když se na sebe hněváte! Našly byste ještě další věci, kterých si na sobě ceníte?

Nora: Já ti, Marto, prostě závidím, co všechno máš. Jsi hezká, máš muže a dítě, daří se ti být mezi lidmi oblíbená. To mně nic z toho nejde. Taky se umíš s každým samozřejmě bavit. Já jsem opatrnější, více introvertní, ale chtěla bych to alespoň trochu umět jako ty.

Marta (také potěšeně): Myslím, že mi není co závidět. Žádné zásluhy na tom nemám. Ale potěšilo mě, co mi říkáš, protože jsem si uvědomila, že mi to docela v životě vychází. Taky ti to přeji. Jen stále nevím, zda mnou nepohrdáš, za ty povrchní řeči.

Nora (smutně): Dyť ti říkám, že ti závidím... Jak ráda bych v práci vedla povrchní řeči o dětech a manželovi, kdybych nějaké měla!....

Marta: Promiň, jsem tak blbá... taky si myslím, že se ti to povede.....

Supervizorka: Zdá se, že jste si teď dokázaly obě říci dost otevřených a přitom přijímajících věcí. Vypadá to, jakoby s prací nesouvisely, ale v podstatě vaši práci komplikují, respektive vaši spolupráci. No, mohly bychom teď popřemýšlet, jak byste tedy mohly pokračovat v tom, aby to pro klientku bylo nejlepší?

Marta: Myslím, že jsem ten řád zdůrazňovala až moc zbytečně. Asi jsem se chtěla nějak vyrovnat s tím, že Nora je lepší terapeut, že je dál, tak jsem zdůraznila alespoň to, co mohu dodržovat dobře já. Promiň, Noro, až teď jsem si to úplně uvědomila.

Nora: To mám stejně. Chtěla jsem si hlavně prosadit svou. A když jsem to už slíbila klientce a zapoměla přitom na to, že má být ráno na komunitě, tak jsem si před ní nechtěla připadat jako někdo, kdo musí poslouchat. Nemám odpoledne nic tak důležitého, že bych s ní nemohla promluvit a volno si vzít jiný den.

Supervizorka: Tak pojďme si tedy říci, jak by to mohlo vypadat?

Marta: No příště bychom si na to asi sedly společně a popřemýšlely obě, jak by to šlo vyřešit k pacientčině prospěchu.

Nora: No to souhlasím, ale mohly bychom se o tom, prosím, bavit mezi čtyřma očima, ne před sestrami?

Supervizorka: Napadá Vás k tomu ještě něco?

Marta: No docela se mi ulevilo.

Nora: Mně také.

Supervizorka: Myslíte si tedy, že vaše zakázka byla naplněna?

Nora i Marta: Jo, ano.

V podpůrné psychoterapii, kde terapeut hraje aktivní a direktivní roli ve snaze pomoci klientům zdokonalit sociální fungování a schopnost vypořádat se s problémy, hraje supervize nezastupitelnou roli (Novalis a kol. 1999). Součástí dobré praxe je i pravidelné docházení na supervizní setkání. V některých zemích existuje doporučená frekvence supervizních setkání. Je to důležité zejména proto, že podpůrná psychoterapie se odlišuje od ostatních přístupů v tom, že není závislá na žádném specifickém základním konceptu nebo teorii a eklekticky využívá bohaté výsledky empiricky potvrzených závěrů mnoha teoretiků o tom, jak se lidé mění. Podpůrná psychoterapie je tedy založena na empirii a řízena více klientem než nějakou teorií. Je ale tím pádem obtížné reagovat v situaci, kdy se terapeut ocitne ve slepém bodě, protože chybí propojující teorie. Zde může hrát velkou roli supervize. Může sloužit například tomu, aby si terapeut zachoval objektivitu, aby měl prostor reflektovat s dalším člověkem svoji práci, otevřel případné problémy, požádal o radu nebo se poučil ze zkušenosti druhého, nebo k získání podpory pro svá terapeutická rozhodnutí (Timuřák 2006). Suportivní psychoterapie počítá s přenosem i protipřenosem, proto i z tohoto důvodu je supervizní práce nutností. Aby supervize plnila výše uvedené funkce, potřebuje probíhat v atmosféře důvěry a musí mít podpůrný, nikoliv hodnotící charakter. Supervizor je tedy člověk, který stojí na straně terapeuta a pomáhá mu efektivněji fungovat s klientem. Podpůrní psychoterapeuti nejčastěji využívají Bálintovských skupin, které se

zaměřují na psychoterapeutický vztah a porozumění, co se s klientem i terapeutem v terapii děje (Vymětal 2004).

V *systemické terapii* je supervize vysoce hodnocena. Slouží jako podnět nebo pomoc v uvolnění problémových systémů, které vznikly v týmu nebo s klienty, a které blokují společnou práci nebo terapii (Ludewig 1994). Podle Ludewiga lze supervidovat přípravu na terapeutické sezení, vlastní proces terapie, nebo rozhovory týmu po sezení (například nad video- nebo audiozáznamem). Za nejúčinnější je pokládána přímá „živá supervize“; která probíhá při účasti reflektujícího týmu za jednocestným zrcadlem. Ludewig poznamenává, že jako u všech sociálních systémů, tak i v případě supervize jsou časem témata stále komplexnější a odborníci mají často tendenci překračovat původní zakázku nebo ji dokonce měnit a supervizoři mají zase tendenci pracovat podle vlastní „zakázky“. Proto by měl supervizor stále znovu zkoumat, zda zůstává u tématu a zda naplňuje zakázku supervizanta.

Rovněž *transakční analýza* považuje supervizi za základní nutnost poradenského/ terapeutického výcviku i následné práce (Hennig a Pelz 2008). Supervize se týká jak přípravy na poradenství nebo terapii, například sestavení skupiny, tak vytvoření terapeutického nebo poradenského plánu, ale i úvah nad jednotlivými transakcemi. Supervize je pokládána za důležitou nejen v období, kdy se terapeut vzdělává, ale je důležité ji podstupovat po celou profesní kariéru. Jak pro blaho klienta, tak pro vlastní psychohygienu. Jinou možností, jak reflektovat některé případy je intervize, rozbor případu se skupinou kolegů.

Zásadní rozdíly mezi pojetím supervize v jednotlivých psychoterapeutických směrech patrně nenajdeme (Praško a kol. 2011b). Proto je možné provádět „zkříženou supervizi“, kdy supervizor jednoho směru superviduje terapeuta jiného směru. Takto vedená supervize může supervizanta obohatit. Toto bylo ideou Institutu pro integrovanou supervizi ([www. supervize.eu](http://www.supervize.eu)), pravděpodobně to však má podle mne své limity. Pravděpodobně je to tím, že představitelé jednotlivých směrů se sice shodují v tzv. jádrových kompetencích, ale často mají zkreslené představy o specifických kompetencích jednotlivých psychoterapeutických modalit. Relativně dobře se dá provádět supervize zaměřená na přenos a protipřenos, hůře se však superviduje např. použití technik práce s tělem v případě, že je supervizor původem psychoanalytik nebo provádění expoziční léčby, pokud je supervizor původem Rogerián. Různorodost pohledů je názorně vidět například v komentářích monografie Psychoterapeutické

směry (editor Zbyněk Vybíral 2010), kde reprezentativní představitelé jednoho směru (vesměs supervizoři) hodnotili kazuistiku napsanou představitelem jiného směru.

Český institut pro supervizi (ČIS) je zacílen na integrované pojetí supervize. Integrace je zdrojem pro mnoho psychoterapeutických přístupů, včetně KBT, nicméně pro supervizi vedení případů v KBT není dostačující (Praško a kol. 2011c), neboť v ní nejsou zahrnuty východiska i důrazy moderní kognitivně behaviorální teorie i praxe. Z tohoto důvodu KBT institut Odyssea a Slovenský ABC institut otevřeli vlastní výcvik supervizorů v KBT, který se hlásí k filozofii Evropské asociace pro behaviorální a kognitivní terapii (EABCT). KBT supervize si je podobná v mnohém s jinými, zejména v zaměření se na terapeutický vztah, přenos, protipřenos a růst kompetencí terapeuta, patří k ní ale především pečlivé zacílení se na behaviorální, kognitivní a funkční analýzu problémů klienta i supervizanta, konceptualizaci případu, individualizovanou volbu terapeutických strategií a na terapeutovy praktické dovednosti (Praško a kol. 2011c).

2.2. ZÁKLADNÍ PRINCIPY KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ SUPERVIZE

Práce s klienty s nejrůznějšími typy poruch a nemocí je zpravidla zatěžující a někdy až vysilující, zejména když jde o složité problémy, například u poruch osobností (Praško a kol. 2003, Vyskocilova a kol. 2011b). Porozumět různým lidským osudům, vcítovat se, fandit a pomáhat i lidem, kteří a priori nejsou sympatičtí, objevit i jejich dobré a silné stránky (najít si pro ně „pozitivní diagnózu“), nepřekrýt si práci s klientem vlastními problémy, to vše vyžaduje dobrou sebereflexi a zpravidla také pohled z druhé strany, od někoho nezaujatého. Také to znamená znát své síly a dlouhodobě se nepřepínat a připustit, eventuálně i rozumět svým slepým místům. K tomu má terapeutovi přispět supervize, která jej provází během KBT výcviku a je vhodné v ní pokračovat po celý život. Má jak terapeutickou, tak psychohygienickou hodnotu (Davidson 2008). Supervizní práce je užitečná i pro zkušené KBT terapeuty, protože jim umožňuje získat zpětnou vazbu od druhých, získat nadhled nad svou prací a pomáhá řešit problematické případy. Supervize je obzvláště důležitá při práci s těžkými klienty, jako jsou klienti s hypochondrickou poruchou, poruchami osobnosti, poruchami příjmu potravy, nebo když dojde v terapeutické situaci ke konfliktní nebo bezmocné situaci

(Beck 2005). Terapeut v tu chvíli nemusí mít kapacitu porozumět dění v situaci. Zejména když je zahlcen vlastním protipřenosem. Supervize v KBT je systematickou spoluprací supervizanta se supervizorem, která se zaměřuje na posílení terapeutických kompetencí při práci s konkrétními klienty (Linehan a McGhee 1994). Často pomůže supervizantovi lépe porozumět příběhu klienta, jeho situaci i naplánovat vhodné strategie, strukturovat léčbu a vést ji strategií řešení problému (Davidson 2008). Supervize mu pomáhá též zacházet se svými negativními pocity týkajícími se klienta nebo sebe samého v terapeutické situaci, porozumět širšímu kontextu terapie, překonat terapeutické bloky a povzbudit jej také v péči o sebe (Praško a kol. 2011c). Supervize je komplexní proces, do kterého vstupuje klient, terapeut a supervizor, každý se svými postoji, zkušenostmi, typickými vzorci myšlení a chování. Každý z nich je navíc ovlivňován kontextem. Úkolem supervize je zviditelnit tyto faktory a pomoci supervizantovi využít je pro terapeutický proces i pro profesní růst. Z toho důvodu je důležitý soulad chování supervizora i supervizanta s terapeutickým modelem, citlivost pro specifické individuální zvláštnosti a zaměření na zájem klienta. Terapeut se v KBT supervizi učí pracovat na změně kognic (myšlenek a postojů), emocí, tělesných reakcí či chování klienta, a to v co nejméně stresujícím, adaptivním a funkčním supervizním procesu.

2.2.1. Cíle kognitivně behaviorální supervize

Cílem KBT supervize je zefektivnit terapeutický proces tak, aby byl v co nejlepším zájmu klienta. Zaměřit se na růst supervizanta v dovednostech rozumět, aktivně řešit a emočně přiléhavě prožívat terapeutickou práci a sebe v roli terapeuta. Aby byl tenco cíl naplněn, je třeba zvýšit jeho kompetence, tzn. usilovat o to, aby rozuměl vlastním reakcím, zdokonalil znalosti, schopnosti a dovednosti a více si věřil (Praško a kol. 2011c).

Supervizant by měl mít dovednost vnímat své vlastní možnosti, omezení, a měl by být schopen vést terapii tak, aby u něj nenastal burn out syndrom.

2.2.2. Obsah kognitivně behaviorální supervize

To, co může být obsahem supervize, jsou vztahy a potíže klienta, vzájemný vztah terapeuta s klientem, či skupinou, včetně celé organizace, vzájemný vztah terapeutů

mezi sebou či supervizora a supervizanta (Beck a kol. 2008). Nejen to, ale i například volba terapeutických strategií, nebo dilemata či dovednosti supervizanta. Pro KBT supervizi platí stejné principy jako pro KBT terapii, kdy základem je: teorie učení, jako je klasické a operantní podmiňování, kognitivní učení a sociální učení (Beck a kol. 2008, Persons 2008). Pokud supervizor superviduje terapeutický proces zaměřuje se na chování terapeuta, na kognice, emoce, tělesné reakce a hlubší postoje o klientovi a celém kontextu léčby. Používají se ty strategie, které se používají i v léčbě, a to především řízené objevování, kognitivní restrukturalizace, řešení problémů apod. Supervize může obsahovat (Armstrong PV a Freeston 2003, Beck a kol. 2008, Shafranske and Falender 2008, Linehan a McGhee 1994, Waltz a kol. 1993, www.KBT-Odyssey.cz):

- porozumění příběhu klienta a jeho léčebná konceptualizace vyplývající z behaviorální, kognitivní a funkční analýzy;
- volbu terapeutického postupu, který vyplývá z konceptualizace případu;
- uvědomění si problémových momentů v terapii, uvolnění terapeutických bloků a slepých míst léčby;
- hlubší porozumění konkrétnímu terapeutickému vztahu, faktorů, které ho ovlivňují i možnostem jeho budování;
- objasnění hranic terapeutových kompetencí a možností, uvědomění si vlastních omezení;
- porozumění širšímu kontextu, ve kterém terapie probíhá;
- ujasnění si zda a jak probíhá protipřenos v konkrétních myšlenkách, emocích, tělesných reakcích, chování a postojích;
- zvýšení znalostí a vědomostí;
- zvýšení povědomí o etických otázkách léčby;
- modelování nebo rozvoj specifických terapeutických dovedností;
- povzbuzování a podporu samostatnosti terapeuta;
- prevence vyhoření vlastní sebe-péčí.

2.2.3. Úkoly kognitivně behaviorální supervize

Úkolem supervize je naučit supervizanta rozumět a chovat se ke klientovi způsobem, který zajišťuje co nejlepší výsledek léčby, podpořit rozvoj jeho vlastního stylu v terapii, povzbudit jeho sebevědomí a pomoci mu hlouběji porozumět své práci s klientem v co nejširším kontextu, včetně postojů k sobě, k druhým a světu, vztahu k organizaci. Je třeba, aby dokázal porozumět postojům, myšlenkám, chování nebo emocím, týkajících se přenosu a protipřenosu. Základním principem supervizní práce je usilovat o profesionální rozvoj terapeutů a jejich psychické zdraví s cílem zvýšit blaho klientů, k čemuž je třeba konkrétních úkolů, aby tento princip byl naplněn. Supervizor by měl podpořit zkušenosti supervizanta a zároveň ho vést v jeho terapeutickém porozumění tak, aby došlo k (upraveno podle Armstrong a Freeston 2003, Praško a kol. 2011c):

- vytvoření takového supervizního vztahu, kdy bude supervizant cítit bezpečí, přijetí, podporu a ocenění;
- hledání a vyhledání řešení problémů klienta;
- nenásilnému a přirozenému učení se novým dovednostem;
- zvyšování terapeutovy odborné kompetence;
- úpravě zlovyků, a to nezraňujícím a nedirektivním způsobem;
- zmapování a povzbuzování terapeutových silných stránek;
- identifikování, pojmenování a plnému zvědomění nevědomé tendence ovlivňující terapeutický i supervizní proces;
- posilování terapeutovy schopnosti sebereflexe a racionálního sebehodnocení;
- vytvoření bezpečného prostoru i pro nedorozumění a nesouhlas bez jakýchkoli mocenských důsledků, včetně možné rekontraktace;
- podpoření vlastního individuálního stylu supervizanta;
- odhalování a pojmenování rizik ve složitých terapeutických situacích;
- vytvoření prostoru pro otevření otázek etických problémů, odpovědnosti, hranic a moci;
- snížení rizika poškození klienta, či terapeuta;

- snížení rizika burn out syndromu;
- ujasnění a modelování schopnosti sebepěče včetně dovednosti odmítnout nepřiměřené očekávání a požadavky.

Supervizor bývá pro supervizanta v mnohém významným vzorem v chování ke klientům. Je tedy žádoucí, aby jeho chování bylo příkladem dobrého terapeuta - být kongruentní, respektovat, poskytovat bezpečí, přijetí, být empatický, povzbuzovat a oceňovat, být pravdivý a optimistický ve vztahu k druhým (Geben and Ruskin 1994). Vhodná je též laskavost a tolerance pro odlišnosti i styl (Praško a kol. 2011c).

Jedním z dalších úkolů KBT supervizora je též povzbudit supervizanta k hledání, nabízení výzvy ke změně a poskytování negativní zpětné vazby tak, aby spíše podněcoval, než zahanboval či budil odpor (Gray a kol. 2001). To supervizantovi umožňuje podívat se na věci s odstupem a přemýšlet o nich, hledat alternativní přístupy a vyvarovat se obranného obviňování druhých – klientů, kolegů, organizace, společnosti, nebo sebe (Ladany a kol. 2008).

2.2.4. Kompetence kognitivně behaviorálního terapeuta

Psychoterapie, podobně jako řada jiných oborů, je v posledních letech nucena definovat kompetence psychoterapeuta, jež jsou nutné pro provádění psychoterapie. KBT terapeuti na konci svého výcviku musí předvést vysokou úroveň základních kompetencí, které jsou podobné s těmi v jiných psychoterapeutických směrech (schopnost navázat terapeutický vztah, rozumět klientovi, být empatický, povzbuzovat, neodsuzovat, nekritizovat, projevovat zájem o klienta, držet hranice, pracovat s přenosem, umět sebereflektovat apod.), a které se týkají teorie a praxe. Zároveň ale i vysokou úroveň specifických kognitivně behaviorálních kompetencí, mezi které patří například kognitivně behaviorální konceptualizace případu se stanovením hypotéz (např. co k problému vedlo, co jej udržuje) a testováním jejich pravdivosti, ale i schopnost hodnotit a měřit změnu, aplikovat příslušné terapeutické strategie, restrukturalizovat, plánovat expozice, přepisovat traumatické události v imaginaci, vést a modelovat chování při hraní rolí, apod. Je zcela jasné, že bez pravidelné supervize, která probíhá v průběhu celého výcviku, není možné nabýt terapeutických vědomostí, dovedností a postojů.

Budování a udržování kompetencí profesionála patří mezi základní kvality vzdělávání psychoterapeuta, bez ohledu na psychoterapeutický směr jeho výcviku. Evropská psychoterapeutická společnost (EAP – European Association for Psychotherapy) nyní zpracovává psychoterapeutické kompetence (www.eap-competencies.eu), kdy by tzv. jádrové měly platit pro všechny psychoterapeutické přístupy, zatímco specifické kompetence budou teprve vypracovány pro jednotlivé terapeutické přístupy. Je řada důkazů (výzkumy v KBT) o tom, že mezi terapeutickými kompetencemi a výsledkem léčby je významná spojitost (Grey a kol. 2008; Trepka a kol. 2004). Od KBT terapeuta se očekává, že má vědomosti a dovednosti k tomu, aby dobře porozuměl klientovým potížím, jasně konceptualizoval problém a kompetentně toho využil tak, aby odezněly klientovy příznaky a vyřešil se jeho problém. Společnost očekává, že bude terapeut kvalitativně kompetentní, což zahrnuje i to, že má psychoterapeutické vzdělání, a že nabyté kompetence bude udržovat celoživotním kontinuálním vzděláváním (Newman 2010). Je též požadavek na schopnost neoddělit od terapie znalost diagnostiky, hodnocení a znalost intervenčních strategií, interpersonálních vztahů a komunikačních dovedností, etické hodnocení, sebereflexi, schopnost spolupráce s klientem jako partnerem, apod. (Kaslow 2004, Kaslow a kol. 2008, Prasko a kol. 2011b). Psychoterapeutické kompetence mohou být určovány v několika oblastech: dobrá znalost teorie, profesionalita v chování ke klientovi, dovednost použít specifických strategií, dovednost udržet terapeutický vztah, apod. (Beck a kol. 2008). Bennett-Levy a kol. (2009) zjišťovali, které tréninkové nebo supervizní metody pokládají zkušení KBT terapeuti za nejúčinnější ke zlepšení terapeutických znalostí a dovedností. Vyplývalo, že různé tréninkové metody jsou pokládány za různě efektivní. Nejeftivnější pro získání deklarativních znalostí je pokládána například četba, přednášky, diskuze a sledování modelu, naproti tomu pro získání procedurálních dovedností jsou pokládány za nejúčinnější aktivní strategie učení, jako například hraní rolí, nebo sebezkušenost, dále i modelování a reflexivní učení. Pro zvýšení schopnosti sebereflexe a interpersonálních dovedností jsou důležité zejména sebezkušenost a zpětná vazba. Sebezkušenost a sebereflexe vede v KBT ke zvýšení empatie (Bennett-Levy a kol. 2003).

2.2.5. Model „krychle“ a jeho aplikace v KBT

Model krychle byl formulován díky potřebě ohraničit souhrnně kompetence psychoterapeuta (Rodolfa a kol. 2005). Zahrnuje tři druhy „kompetentnosti“ při provádění psychoterapie:

- (1) základní kompetence;
- (2) specifické kompetence;
- (3) rozvojové kompetence.

V každé z nich rozlišujeme postoje, znalosti a dovednosti (Tabulka 4).

Tabulka 4: Kompetence v KBT (upraveno podle Praško a kol. 2011c)

	ZÁKLADNÍ KOMPETENCE	SPECIFICKÉ KOMPETENCE	ROZVOJOVÁ DIMENZE
POSTOJE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dobrý vztah k lidem ▪ Kongruence ▪ Humanismus, soucit s utrpením ▪ Optimismus ▪ Zvědavost a potřeba pochopit ▪ Respekt k odlišnostem ▪ Lidskost, laskavost, tolerance ▪ Potřeba seberozvíjení ▪ Úcta k pravdě ▪ Pokora ▪ Houževnatost 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respekt k vědeckému poznání v oboru; Vědeckost a objektivita ▪ Cílevědomost a plánovitost ▪ Analytický, systémový i celostní pohled 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Přijetí neukončenosti ▪ Uznání změn v čase ▪ Přijetí kontinuálního vzdělávání se
ZNALOSTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Znalost psychopatologie ▪ Diagnostika a diagnostická kritéria ▪ Přehled o psychologických teoriích osobnosti a psychopatologie ▪ Znalost základních psychoterapeutických škol, jejich teorií a praktických postupů ▪ Formulace případu ▪ Indikace klienta k psychoterapii 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porozumění teorii učení a jednotlivým metodám používaným k dosažení změny myšlení, postojů, chování, emocí i tělesných reakcí. ▪ Porozumění KBT modelu u jednotlivých poruch (deprese, jednotlivé úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, somatoformní poruchy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, psychózy, partnerské problémy, atd.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postupně se zvyšující znalost stále komplexnějšího porozumění v průběhu výcviku i praxe

DOVEDNOSTI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vytváření bezpečné atmosféry ▪ Empatické naslouchání ▪ Vyjadřování přijetí ▪ Validizace klientových emocí ▪ Posilování klienta ▪ Vyjádření kongruence ▪ Posilování naděje ▪ Vytváření a udržování terapeutického vztahu ▪ Vedení podpůrného rozhovoru ▪ Vedení motivačního rozhovoru ▪ Postupné dávkování úzkosti ▪ Sebereflexe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pracovat v KBT modelu a umět jej sdílet s klientem ▪ Schopnost vést terapeutické sezení strukturovaně (psychoedukace o modelu, hodnocení, měření, sestavování agendy, zpětná vazba, zadávání a probírání domácích úkolů apod. ▪ Vedení klienta při plánování aktivit a strukturování času ▪ Identifikace a zvědomění automatických myšlenek s klientem, vedení Sokratovského dialogu, restrukturalizace, užívání záznamu automatických myšlenek ▪ Připravit a vést expoziční léčbu (edukace, vytváření odstupňovaných kroků, facilitace klienta, zaplavení, expozice v imaginaci, interoceptivní expozice, expozice se zábranou odpovědi) ▪ Napláňovat a provádět behaviorální experimenty ▪ Komunikační dovednosti vlastní i vedení klienta při nácviku sociálních dovedností, komunikace a asertivity ▪ Řešení problémů s klientem ▪ Práce s jádrovými schématy a podmíněnými předpoklady ▪ Propracování traumatických emocí z minulosti ▪ Přepis traumat v imaginaci 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získávání dovedností od jednoduchých ke složitějším a od základních k funkčním
-------------------	--	---	--

(1) Základní kompetence

Základní kompetence spojují všechny psychoterapeutické přístupy. Sem patří vytváření bezpečí, budování terapeutického vztahu, empatie, povzbuzování klienta, motivování klienta pro léčbu, dodržování etických standardů, ochota k sebereflexi a dovednost sebekorekce, citlivost například ke kulturním a osobnostním odlišnostem (Newman 2010). Rozdělení těchto kompetencí popsali Rodolfa a kol. (2005). Tito autoři také vymezili 4 základní kompetence v psychoterapii, včetně KBT. Jde o (a)

terapeutický/supervizní vztah; (b) konceptualizaci případu; (c) aplikaci intervencí; (d) sebereflexi.

(a) Dovednost *vytvořit, kultivovat a udržovat terapeutický vztah* (Young a kol. 2003, Hardy a kol. 2007) je základní kompetencí psychoterapeuta. Základní blok KBT výcviku i výcviku v supervizi sestává z nácviku dovedností, které mohou zlepšit terapeutický vztah, neboť bez jeho vytvoření není možné specifické terapeutické intervence úspěšně použít. Předem daná schopnost člověka utvářet kvalitní vztahy s druhými pak umožňuje dovednost budovat terapeutický vztah. Sem patří:

- *Zajistit atmosféru bezpečí a pochopení* (umět naslouchat, být empatický, validizovat emoce, reflektovat, posilovat, udržovat naději, stenizovat apod.) je pro vytvoření terapeutického vztahu zásadní (Rogers 1967, Bennett-Levy 2006, Greenberg 2007). Při empatickém porozumění klientovi, se terapeut snaží porozumět jeho světu, jeho pocitům a porozumět i významům, které pro klienta mají (Vymětal 2004). Je důležité také průběžné zjišťování toho, jak terapeutovi klient rozuměl, neboť bývá někdy rozdíl v tom, co si myslí terapeut a jak skutečně na klienta působí.
- *Respektovat, být tolerantní a citlivý k odlišnosti* (kulturní, hodnotové, náboženské, aj.). Pro práci s lidmi z jiného kulturního nebo sociálního prostředí je velmi důležité porozumět kultuře, očekáváním a postojům, neboť v různých kulturách bývají různá kognitivní schémata a hodnoty. To platí i pro generační rozdílnost terapeuta s klientem.
- *Postupně „dávkovat úzkosti“* tak, aby klient spolupracoval a byl ochoten a schopen změny.
- Pomoci klientovi *být odvážný a vystavit se obtížným úkolům, být trpělivý* než se dostaví výsledek, důvěřovat druhým, unést neúspěch, kritiku, zklamání, aj., tak, aby nepocíťoval nezdravé negativní emoce.
- *Být vzorem*, jak interagovat s druhými - být pravdivý, aktivní, povzbuzující, laskavý, nebo tolerantní.

Supervizní setkání:

Lucie: Mám na oddělení mladou ženu, slečnu Kláru, která mě strašně vytáčí. Víím, že by neměla, ale nejde mi to. Je strašně naléhavá, stále si něco poroučí, jen se objevím na chodbě, ihned má nějaký požadavek, na něco si stěžuje. To samé dělá Petrovi (kolega Lucie). Chtěla bych zjistit, co

mám udělat, aby mě tak nepopuzovala, protože ji pak nebudu moc pomoci. Když s ní mluvím sama, nejsem na k ní dost trpělivá, nedokážu ji moc poslouchat, tak mě vytáčí. Jinak se mi to nestává, s ostatními klienty mám dobrý vztah.

Supervizorka: Pokud Vám dobře rozumím, tak se Vám většinou s klienty daří navázat dobrý vztah, ale teď máte na oddělení klientku, která je nadmíru naléhavá i mimo sezení a Vás to popuzuje. Nedokážete už být s ní dost trpělivá. Mrzí Vás to a máte obavu, že ji nebudete schopna pomoci. Přitom byste jí ráda pomohla, pokud to chápu dobře. Zároveň se na ni zlobíte. Je to tak? *(Supervizorka sumarizuje, co slyšela od terapeutky, a tím dává terapeutce pocit přijetí – dobře naslouchala – i bezpečí – rozumí jí).*

Lucie: Přesně tak. Ta klientka má hraniční poruchu osobnosti a vytáčí kdekoho, nejvíce své blízké, kterým neustále nadává do telefonu. Na druhé straně na oddělení ostatním pomáhá, půjčuje spoluklientům mobil, aby si mohli zavolat, a angažuje se pro druhé a dokáže k nim být citlivá. To také vidím, ona není jen zlá. Přesto jsem na ni už alergická. Já to s těmi hraničními neumím. Chápu, že se trápí, ale proč trápí také druhé?! Tuhle na celou chodbu nadávala do telefonu matce do „Kurev“, že ji zapoměla něco přinést. Mně sice vulgární slova až tak nevadí, ale ta matka se ji snaží stále pomáhat, denně za ní jezdí. Navíc vyděsila ostatní klienty, kteří se jí báli. Prostě na ty hraniční nemám trpělivost a hned jsem na ně naštvaná. Je to moje chyba. Petra to tak nevytáčí, ten má pro ně pochopení. Mně to ale nejde. Přitom bych se to ráda nějak naučila, protože je mi jasné, že tu klientku takhle minu a vůbec ji nepomůžu. Napadá mě pak, že jsem špatná terapeutka. *(Terapeutka se zjevně cítí dost bezpečná na to, aby mohla mluvit otevřeně. Uvědomuje si různé stránky svého vztahu ke klientce a začíná se sebereflexí).*

Supervizorka: Zdá se, že o ní hodně přemýšlíte, když si uvědomujete, nejen že Vás štve, ale také, že se angažuje pro druhé a dokáže být citlivá. A rozumím Vám, že Vás vytáčí, když rozrušuje celé oddělení. Mám zkušenost s tím, že tento typ klientky vytáčí většinu lidí. Často pak mají tendenci obvinít za všechno klientku a nenapadá je pochybnost o sobě, jako Vás. Váš postoj mi připadá poctivý. Také máte přání to nějak změnit, naučit se, jak se k ní chovat, aby z toho měla ona větší prospěch. Líbí se mi, že takto eticky přemýšlíte *(Supervizorka nejdříve reflektuje rozpor ve vztahu ke klientce, pak upevňuje bezpečnou atmosféru, vciťuje se do terapeutky, vyjadřuje pochopení pro její negativní emoce a navíc negativní reakce normalizuje. Poté, co vytvořila bezpečnou atmosféru, vyjadřuje ocenění za etický postoj a povzbuzuje a odměňuje tendenci terapeutky hledat cestu ke klientce).*

Lucie: Máte pravdu, v některých věcech na ní vidím, že je moc fajn. Když pomáhá druhým. Taky nechci být jako ostatní a paušálně si jen stěžovat, jak jsou ti hraniční hrozní. Asi mě na ní štve nejvíce, že jí neumím pomoci. Když maničtí klienti nadávají a dělají „bordel“, jsem k nim mnohem laskavější než k ní. Tam ale léky pomohou a oni se uklidní. Na ni však léky moc nepůsobí a moje pokusy o psychoterapii nepřijímá vůbec. Říká, že už na psychoterapii chodila nejméně k pěti zkušeným terapeutům a nebylo to k ničemu. Dala mi najevo, že jsem mladá a nezkušená. Kdybych s ní

dokázala navázat kontakt a motivovat ji, možná by to bylo lepší pro obě. Nevím, zda bych jí dokázala pomoci, ale alespoň bychom se o to mohli pokusit. Takhle mě odmítá, přitom pak naléhá na blbosti – například několikrát denně mění seznam lidí, kterým mohu dávat informace o ní (*Sebeotevření terapeutky pokračuje*).

Supervizorka: Moc pěkně o tom uvažujete. Je pochopitelné, že Vás může hněvat, když odmítá Vaši snahu o terapii a přitom naléhá na Váš čas pro nedůležité věci. Ještě více se mi líbí, že máte chuť jí pomoci, i když Vám dala najevo, že ještě nejste tolik zkušená. Můžeme zkusit spolu přemýšlet, jak by to šlo jí motivovat? Co tomu říkáte? (*Supervizorka opět posílila a reagovala empaticky. Podtrhla jednu z možných příčin problémů ve vztahu – znehodnocení terapeutky klientkou, ale ukázala na to rovnou v kontrastu k chuti jí pomoci. Pak povzbudila možnost hledání řešení situace - sleduje etický cíl – dobro pro klienta*).

Lucie: Možná by přijala, kdybych si s ní jen tak popovídala o jejím dětství. Když jsem ji vyšetřovala, prošla jsem to moc rychle, protože jsem už neměla čas, jak dlouho mi líčila současné problémy. Vlastně o ní toho moc nevím, kromě četných konfliktů co má s otcem, přítelem, měla v několika zaměstnáních. O tom, jak vyrůstala nevím skoro nic. Ale jak jsem viděla toho tátu, tak to určitě neměla lehké. Teď jsem si uvědomila, že ji vlastně nemám odkud moc rozumět, protože málo vím o jejím vývoji. Možná by jí to potěšilo, kdybych to s ní probrala (*Terapeutce dochází, že vlastně nemá udělanou konceptualizaci případu – která patří mezi základní kompetence - protože neví moc o klientčině dětství, cítí se tak bezpečně, že se už přestala sebeobviňovat a nahlas přemýšlí, seberefektuje*).

Supervizorka: Vidím, že jste už našla jednu možnost, jak s ní zlepšit terapeutický vztah a zároveň jí více porozumět. Je možné, že v dětství to měla opravdu složité. Myslíte, že citlivé probrání dětství by mohlo pomoci klientce, aby se cítila více přijata? (*Supervizorka povzbuzuje a potvrzuje, používá induktivní otázku k označení možného schématického problému klientky*).

Lucie: Jo, ona stále naléhá, že se jí všichni málo věnujeme. Personál, já, rodina. Také se jí prý málo věnoval přítel.... máte asi pravdu, necítí se přijatá.. nikde se necítí přijatá, všechny ty konflikty jsou o tom. No a já ji taky neumím přijmout... má to těžké... proto se tak musí snažit pomáhat druhým. A proto se tak rozčiluje, když jí někdo nevěnuje dostatek pozornosti (*terapeutka rozvíjí hypotézu o jádrovém schématu klientky, hledá pro ni důkazy z faktů, které zná*).

(b) *Konceptualizace případu* je dovednost porozumět problémům a příznakům klienta z hlediska jeho historie a aktuálního kontextu a sdílet toto porozumění s klientem samotným. Tato dovednost se rozvíjí vědomostmi ze studia teorie, pak především praktickou zkušeností prací s klienty, kterou nejvíce rozvíjí systematická supervize (Armstrong a Freeston 2003). K tomu, aby byl člověk schopen konceptualizovat, je třeba porozumět a respektovat vědecký základ terapie, znát nejnovější vývoj v KBT, jak ve výzkumu, tak v aplikaci, být schopen práce se schématy, behaviorálními

experimenty, práce s imaginací, zpracovat traumatické emoce z dětství, přepisovat traumata, apod. Zkušený KBT terapeut hodnotí co nejreálněji vlastní práci. Konceptualizace případu je vlastně hypotéza, výběr strategií pak metoda, kterou je hypotéza testována, měřitelný výsledek pak ukazuje, zda hypotéza byla správná či nikoliv. V KBT je součástí konceptualizace behaviorální, funkční a kognitivní analýza, zmapování aktuálních příznaků (antecedenty, kognice, emoce, chování, důsledky) a interpersonálních souvislostí, též zmapování jádrových schémat a podmíněných pravidel.

Supervizní sezení:

Supervizorka: Minule jsme probíraly spolu slečnu K, která Vás vytáčela tím, jak byla naléhavá. Nakonec jsme došly k tomu, že se může cítit nepříjatá. Říkala jste, že s ní zkusíte probrat více její dětství. Máte chuť o tom dnes mluvit, nebo máte něco jiného, na čem byste chtěla pracovat? *(Supervizorka v kontinuální supervizi nabízí pokračování v tématu z minula, ale dává terapeutce možnost svobodně si téma zvolit).*

Lucie: Dnes bych sice ráda mluvila o novém klientovi, ale o mojí práci se slečnou K potřebuji také mluvit. Musím se rozhodnout... obojí určitě nestihneme... tak budu pokračovat se slečnou K, tam se to trochu pohnulo. Ale potřebovala bych dnes probrat, jaké strategie bych měla dál použít. Možná si i něco s Vámi zkusit, protože jsem ještě nikdy nedělala s nikým, kdo byl v dětství sexuálně zneužívaný... docela by mi to pomohlo si to přehrát. Myslíte, že bychom to mohly? *(Terapeutka specifikuje zakázku)*

Supervizorka: Určitě. Líbí se mi, jak si sama říkáte, co byste dnes chtěla dělat. Myslím, že to dává smysl. A jsem moc ráda, že se to pohnulo. Taky jsem zvědavá kam. Co jste zjistila a jak to šlo s ní mluvit? *(Supervizorka oceňuje, a pak zaměřuje sezení nejdříve k ujasnění konceptualizace a terapeutického vztahu)*

Lucie: Prostě jsem si s ní sedla a nabídla jí, zda nechce probrat všechno od počátku, od dětství a ona řekla, že jo. Taky trochu jedovatě řekla, že jsme to už mohly probrat dávno. To jsem však přešla. Pak se najednou rozbrečela a řekla mi, že jí nikdo nevěří. Že jí osahával a pak znásilnil její starší bratr. Když to v dospělosti konečně řekla, tak jí matka nevěřila a otec ji seřval, že si vymýšlí. Vypálila to na mě a pak brečela a dívala se, co já na to. Cítila jsem, že je zoufalá a zároveň schopna začít ihned bojovat, když jí hned neřeknu, že jí věřím. Tak jsem jí řekla, že já jí věřím a zda o tom nechce říci více. Řekla, že teď ne, že jí stačí, že jí věřím, a utekla z pokoje.

Supervizorka: Takže přece jen k Vám měla důvěru. To je bezvadné. Je dobře, že jste jí řekla, že jí věříte. *(Supervizorka potvrzuje terapeutku)*

Lucie: Ještě ten den přišla za mnou znovu, jestli mám na ni čas, že by mi řekla více. Váhala jsem, zda přistoupit na to, že budeme mluvit, kdy se jí zachce, na druhou stranu mi bylo jasné, že chce

mluvit o tak těžké věci, že jsem řekla, že jo. Vylíčila mi, jak ji od 8 let bratr pravidelně osahával a vyhrožoval, že když to řekne, tak ji zabije. Strkal ji opakovaně do pohlaví prsty a nutil ji, ať mu sahá na přirození a dráždí ho. Snažila se mu vyhnout, jak se dalo, ale nakonec si ji vždy našel. Ve 13 letech ji pak znásilnil. Řekla to rodičům až za dalších 10 let, protože se za to hrozně styděla. Ale oni to nepřijali, matka jí nevěřila a otec začal křičet, že si vymýšlí a že si vždycky vymýšlela. Údajně kdyby se to stalo, tak to řekla už tehdy. Když mi to říkala, skoro pořád buď brečela, nebo se vztekala – na rodiče a na bratra. Taky řekla, že kdyby mohla, tak toho holomka zabije, nebo mu uřízne přirození. Tedy ona to řekla jinak. Že je teď v base za podvody, a patří mu to. Nevěděla jsem co s tím dělat, když se tak vztekala a mluvila hrubě. Ale asi to potřebovala. Mně však, když slyším tolik nenávisti v hlase, tak to nějak umrtvuje, respektive se cítím úplně bezmocná, i když mi to nepatří. Když pak brečela, tak jsem se bála k ní přiblížit, aby znovu nevybouchla. Spíše jsem tam jen tak seděla a poslouchala ji. Moc jsem do toho taky nedokázala zasáhnout.

Suprvizorka: Jak Vás tak poslouchám, zvládly jste pořádný kus práce. Dokázala se Vám svěřit v tak bolestné věci. Při vzpomínání je zahlcena silnými protichůdnými emocemi, které se jí střídají. Ani se nedivím, že Vás to chvílemi umrtvovalo, jak jste říkala. Také si myslím, že k takovému příběhu není moc co dodat, a že to typicky citově zasáhne i terapeuta. Minule jsme si říkaly, že se možná cítí hodně nepřijata, a z toho pramení jednak její touha po pozornosti, jednak její zlobení se, když má pocit, že si jí někdo pro ni důležitý nevšímá. Myslíte, že tomu lze nyní více porozumět na základě toho, co zažila? (*Suprvizorka oceňuje, vyjadřuje pochopení, normalizuje. Pak pomocí induktivní otázky zaměřuje terapeutku ke konceptualizaci případu*).

Lucie: Ještě bych to dětství potřebovala s ní probrat více, abychom společně vzpomněly nejen na traumatické věci, ale abychom se mohly i o něco dobrého opřít, nicméně to co zažila, úplně stačí na to, aby se cítila nepřijatá a nepochopená. Udělám s ní ještě „padající šíp“, abychom nějak její schéma pojmenovaly, a pak proberu, jaké má to schéma důsledky. Myslím si, že se to bude týkat zejména přesvědčení o tom, že je nemilovaná a druzí jí ubližují. Pak jsou pochopitelné její kompenzatorní strategie v chování – nadměrná touha po pozornosti a rozčilování se, když to nezíská. Myslím, že jí mnohem více rozumím poté, co se mi svěřila. Myslím, že bych teď měla pokračovat tím, že budeme o traumatu mluvit a provedeme expozici v imaginaci... trochu se toho však bojím, že bude reagovat bouřlivě, abych ji ještě více nerozhodila.... taky nevím, jak to pak ukotvit, aby se zklidnila. Mohla bys mi v tom nějak pomoci? Vysvětlit mi, co mám dělat nebo něco z toho tady přehrát? (*Terapeutka sumarizuje konceptualizaci a uvažuje o dalších strategiích – sdílet s klientkou konceptualizaci přes práci se schématem, pak se vrací k původní zakázce, dozvědět se více o strategii, kterou by chtěla použít, případně si ji přehrát*).

Suprvizorka: Líbí se mi, jak si její příběh postupně konceptualizujete. Pokud to s ní proberete, budete mít dobrou základnu na to, abyste mohly zpracovat trauma v imaginaci. Máte asi pravdu, že to může být se slečnou K. velmi bouřlivé. Co Vás napadá, že by šlo užít na to zpracování traumatu?

Lucie: Myslím, že by se nejvíce hodil přepis traumatu v imaginaci. (Říká nejistě)

Supervizorka: Bezdavné. Určitě si vzpomínáte, jak jste to cvičili ve výcviku. Nejdříve je potřeba s klientkou vytvořit atmosféru bezpečí a přijetí, dát jí možnost kontroly, tj. že může kdykoliv z imaginace vystoupit. Předem jí vysvětlíš, co budete dělat. Druhý krok je pak vlastní imaginace traumatické události. Poprvé je to zpravidla krátké, protože to těžce prožívá a snaží se tomu vyhnout. Ve třetím kroku vypracujete zachránce. To může být někdo, komu tehdy věřila, nebo to může být ona sama jako dospělá, nebo to můžete být i Vy. Zachránce vstoupí do imaginace a ochrání ji a pak případně ukonejší. Chcete si to přehrát? Jako terapeutka, nebo nejdříve v roli klientky a já budu terapeut? (*Supervisor oceňuje, vyjadřuje pak pochopení pro terapeutčiny obavy a strukturuje možnosti vyzkoušení strategie, kterou sama chtěla*)

Lucie: Myslím, že to zkusím rovnou jako terapeutka. Věřím, že to zvládnou. Už jsem si to zkoušela na výcviku a myslím, že mi to šlo. Vždyť to můžeme kdykoliv zastavit a znovu přemodelovat, kdyby mi to nešlo. Souhlasíte? (*Terapeutka povzbuzuje sama sebe ke hraní rolí*)

Supervizorka: To je moc dobré, že máš takhle odvahy. Jdeme na to...

(c) *Intervence* terapeuta jsou výstupem z konceptualizace případu. Jejich cílem je zmírnit potíže klienta, upravit jeho vztah k sobě a k ostatním. Přiměřené a vhodné intervence volí terapeut dle svých terapeutických dovedností, kterými jsou například seznamování se s novými poznatky v oboru, s pokroky v terapii, nebo znalost etických a právních norem (Vargas a kol. 2008, Koocher a kol. 2008). Typické pro KBT je klást důraz na nácvik jednotlivých intervencí pomocí hraní rolí a supervize těchto intervencí s použitím audio- nebo videozáznamu ke zpětné vazbě (Prasko a kol. 2011a).

(d) *Sebereflexe* je proces, ve kterém dochází k zachycení vlastních myšlenek a postojů, emocí a chování ke klientovi. Z KBT pohledu sebereflexe vyžaduje (Kaslow a kol. 2008, Prasko a kol. 2010):

- dovednost zaujmout metapozici, pozorovat a uvažovat o tom, co terapeut sám prožívá;
- schopnosti odstoupit od sebe, porozumět vlastním emocím, schopnost být pravdivý k sobě, dovednost a ochota přiznat vlastní nedostatky a unést kritiku, poučit se z ní, být ochoten nechat se supervidovat, chtít více porozumět své úloze v terapii konkrétního klienta;
- porozumění přenosovým a protipřenosovým reakcím;
- využít vlastní myšlení, emocionální i tělesné zážitky v terapii.

(2) Specifické kompetence

Zahrnují specifické dovednosti a vědomosti, jako je diagnostika a hodnocení, vedení terapie, dovednost strukturovat sezení, zadávat přiměřené domácí úlohy a smysluplně jich využívat k rozvoji klientových dovedností řešit své problémy, umět konceptualizovat. Základním předpokladem je použití empiricky ověřených přístupů v léčbě. Mezi takové přístupy patří například restrukturalizace významu, odstupňovaná expozice a interoceptivní expozice u klientů s panickou poruchou, expozice a prevence rituálů u obsedantně kompulzivní poruchy, propracování traumatu v kombinaci s reskripcí u posttraumatické stresové poruchy, a jiné. Je dobré, aby byl terapeut zkušený a dokázal být citlivý v jejich užití, uměl zhodnotit stav před intervencí a po ní, aby zjistil její přínos, a naučil tuto zkušenost použít pro domácí úkol.

Volba a výběr intervence, může souviset například s přenosovým a protipřenosovým vztahem, kterého by si terapeut měl být vědom nebo by se o něm měl dozvědět během supervize (Linehan a Kehreer 1993, Beck a kol. 2004, Newman a Beck 2009). Existence řady velmi účinných přístupů v KBT tedy ještě neznamená, že je každý terapeut schopen je přiměřené použít. Především u složitějších klientů může být velký rozdíl mezi jednotlivými terapeuty. Někteří terapeuti odmítají složitější klienty (například klienty s emočně nestabilní poruchou osobnosti) a říkají, že jde o klienty, kde KBT nelze efektivně použít. Také fakt, že řada účinných přístupů pro rezistentní klienty byla rozvinuta až v posledních letech, vede k tomu, že pokud terapeut nesleduje aktuální vývoj, není zpravidla schopen je použít. Samozřejmě je dobré vědět, že není možné, aby každý terapeut byl schopen pracovat s každým problémem a znal a uměl všechny možné alternativní možnosti, které lze použít (Dobson a Dobson 2009). Avšak kompetence KBT terapeuta pozitivně souvisí se zlepšením v terapii (Kuyken a kol. 2009, Trepka a kol. 2004).

(a) *Jádrové techniky* – je třeba, aby KBT terapeut základní dobře ovládal. Některé z nich pak učí i své klienty. Patří sem:

- Sebemonitorování – získávání údajů o nejdůležitějších situacích, myšlenkách, chování, emocích a důsledcích;
- „Řízené objevování“ – kladení otázek, jež pomohou objevit další významy, hodnocení a možnosti;

- Vytváření nového způsobu fungování užitím hraní rolí v sezení nebo plněním domácích úkolů (např. behaviorálních experimentů);
- Plánování aktivit - posílují návrat pozitivnějších emocí, a prožitek smysluplné činnosti;
- Kontrolovaný dech a relaxace, vedoucích ke snížení napětí, úzkosti, hněvu, aj. emocí. A tělesných reakcí. Také ke snížení bouřlivých reakcí při expozicích;
- Provádění a používání dříve nabytých dovedností a splněných domácích úkolů v nových situacích – tzv. generalizace, což vede ke zvýšení šance udržet terapeutický efekt a tedy i psychickou stabilitu klienta.

KBT terapeut potřebuje být také schopný reflektovat své vlastní dovednosti a udržovat si schopnost je aplikovat přirozeně a samozřejmě, a to ve chvíli, kdy je to pro léčbu klienta potřebné (Bennett-Levy 2006). Terapeut by měl být schopen strukturovaně vést klienta pomocí otázek a vytváření hypotéz, nikoliv jen pasivně naslouchat, nebo autoritativně řídit. Jen tak spolu mohou spolupracovat.

Supervizní setkání:

Veronika: Mám klienta, pana Vladimíra, je depresivní, nemyslím si však, že nějak hluboce, ale problém je, že nedělá domácí úkoly, a to teda vůbec. Pokaždé se snažím to s ním co nejlépe naplánovat, probírám s ním, proč a jak má ten úkol dělat, aby to mělo smysl, ptám se na možné překážky. Vždy to odkývá a neudělá. Pokaždé mi pak na dalším sezení řekne: „Víte, já vím, že bych to měl udělat, že je to pro moje dobro, ale pak to vždy odložím, nějak se prostě nedokážu přinutit. Nevím, jak to mám udělat? Jak se přinutit, abych to udělal?!“ Připadá mi, že to vždycky hodí na mě. Já mu mám vysvětlit, proč se nedokáže přinutit. Mně připadá, že je prostě líný a takhle to se mnou hraje.

Supervizorka: Hm, to ti rozumím. Snažíš se, abys mu pomohla, přemýšlíš, jak mu to více ulehčit, aby to zvládl, vysvětluješ smysl úkolu, dokonce se ptáš i na možné překážky v plnění, on ti to všechno slíbí a pak úkol neudělá a tváří se bezmocně. Nedivím se, že jsi s tím nespokojená, ba, jak se zdá, i trochu našťvaná. *(Supervizorka podporuje terapeutku – jde o základní kompetenci supervize – a dává pozitivní zpětnou vazbu na různé specifické kompetence frekventanta týkající se zadávání domácího úkolu, je empatická k tomu, k jakým potížím dochází).*

Veronika: Někdy si říkám, jestli se na ty domácí úkoly u něj nemám vykašlat. Zbytečně na něj tlačím a pak jsem jen našťvaná a nemá to žádný význam. *(Terapeutka se cítí dost bezpečně v terapeutickém vztahu, k tomu, aby mohla odhalit svoji skepsi týkající se pokračování v důležité části terapeutického plánu).*

Supervizorka: To je také možné. Zkusme si však předtím, než budeš dělat nějaké rozhodnutí, zmapovat, co se asi s tím klientem děje. Co vede k tomu, že nedokáže ty úkoly udělat? Co mu v tom brání? Má nějaké postoje nebo očekávání, které s tím mohou souviset? Nevěří si, že by to mohl zvládnout? Nebo něco jiného tomu brání? Zkusme si udělat hypotézu o schématech, které mohou ovlivňovat jeho chování, které brání v této části terapie. (*Supervizorka nabízí alternativní strategii, která vyžaduje terapeutovo užití dovednosti konceptualizace a specifickou kompetenci práce se schématy při konceptualizaci případu*).

Veronika: Už jsem to s ním probírala, nabízela jsem mu hypotézu, že možná mu v tom brání některé myšlenky, které se vždy aktivují, když chce udělat domácí úkol, a že to aktivuje jeho pocity neschopnosti, které se objevují i v jiných situacích. Když jsem se ho zeptala, co si o tom myslí, řekl jenom: „Já nevím, na to jste odborník přece vy.“ a zase mě dostal! (*Terapeutka se pokusila užit konceptualizaci k porozumění nespolečnické spolupráce klienta, ale stále se cítila blokována, patrný jsou také projevy protipřenosu*).

Supervizorka: Co tomu říkáš, že bychom spolu zkusily udělat brainstorming všeho, co nás napadne, jak tuto situaci změnit? Jinak chci říct, že mám také zkušenost, když se zeptám některých klientů, kteří se silně vyhýbají nebo jsou depresivní na to, proč úkoly nedělají, obvykle mi řeknou, že „nevím“ nebo že „nemají na to sílu“, nebo že „to stejně nemá smysl“, a já pak cítím na pár vteřin marnost se někam dopracovat. Je otázkou, co v takové situaci udělat!? Napadá mě, že bychom mohly hledat spolu způsob, jak se klienta ptát tak, aby se cítil co nejméně provinile, a přitom se při odpovědi více cítil jako „expert“ možná bychom pak na důvod mohly přijít. Co tomu říkáš?

Veronika: Máš pravdu, ptám se ho, proč to neudělal a on se rovnou musí cítit, jako před učitelkou ve škole. To mi nedošlo. Přitom měl matku učitelku, která ho neustále pronásledovala s nějakými úkoly a permanentně kritizovala. Mohu na něj působit jako ta matka... to doufám, že ne (směje se). Může se cítit bezmocný, když si k úkolům sedne. Vlastně jsem jeho pocity při úkolech s ním neprobírala. Rovnou jsem očekávala, že se vymlouvá. Taky jsem s ním neprobírala jeho myšlenky, které ho napadají, když mu úkoly zadávám. Co se s ním asi děje, když všechno slíbí? Nebojí se mi říci, že je toho moc? Nebojí se přiznat, když něčemu nerozumí? Když měl takové zkušenosti s matkou?.. Doufám, že v brainstormingu najdeme nějakou cestu, jak ho více povzbudit. Ovšem musím se ti přiznat, že když jsem s ním, dost vážně pochybuji o sobě samé. Mám vůbec na to, abych dělala terapii? Jsem s ním často netrpělivá, někdy dělám kognitivní rekonstrukci za něj, když sám nic neřekne, pak ho utěšuji, když říká, že nestojí za nic, že sám na nic nepřišel. Chvillemi ho „zachraňuji“, pak mě však štve, že sám nic neudělal a ještě to používá jako něco, čím mi vytře zrak: „podívejte se, jak já jsem neschopný“. Pak jsem bezmocná. Je mi jasné, že to, co dělám je na houby, to nikomu pomáhat nemůže (*Terapeutka odkryla některé protipřenosové vzorce, které si všimla ve svých reakcích na klienta, prokázala tím základní kompetenci sebeuvědomění*).

Supervizorka: Moc hezká sebereflexe! Až jsi mě tím zaskočila, jak je to dobré. Zejména, když vím, že jsi teprve ve druhém roce výcviku. Jen tak dále! Rovnou sis také položila některé důležité otázky. Co

se s klientem vlastně děje, už když slíbí, že úkoly splní a co se s ním děje, když si k úkolům sedne? Připadá mi, že zevrubnější zmapování jeho myšlenek, emocí a chování v těchto situacích by mohlo pomoci mu více porozumět. Možná by ses mohla také trochu zabývat svými sebe-pochybnostmi. Je to s tvými dovednostmi opravdu tak špatné, abys o sobě musela vážně pochybovat? Možná by šlo najít nějaké racionální odpovědi, které bys mohla použít, abys snížila své sebe-pochybnosti. Myslím si, že máš na to, abys to udělala dobře. *(Supervizorka použila základní dovednost pro budování supervizního vztahu – posílila základní dovednost terapeuta - sebereflexi. Supervizorka dále vedla terapeutku k tomu, aby zkusila specifickou KBT dovednost - kognitivní restrukturalizaci - k tomu, aby změnila svoje pochybnosti o sobě, které mohou vstupovat do práce se složitými klienty, jako je pan Vladimír).*

Veronika: Myslíš, že bych si měla říci, co svědčí pro a proti, že svoji terapeutickou práci zvládám? (směje se) Já ji vlastně většinou zvládám, jen občas, jako teď, se mi něco nedaří. Pak zbytečně propadám sebe-pochybám. Naštěstí vždy jen na chvíli, pak to překonám. Říkám si, že je lepší řešit problém, než ruminovat o svých chybách. Ale máš pravdu, souvisí to s mými postoji k sobě, které bych měla ještě zpracovat *(Terapeutka reaguje na podporu supervizorky mobilizaci své základní dovednosti racionální reakce a aplikuje ji na sebe)*. Napadá mě, zda bych taky neměla sezení s panem Vladimírem nahrát, že by sis poslechla, jak to s ním dělám přímo? Měla bys čas si to poslechnout?

Supervizorka: Ráda si poslechnu nahrávku sezení s panem Vladimírem, abych ti mohla dát konkrétnější zpětnou vazbu. Je však potřeba na to mít jeho podepsaný informovaný souhlas. Také tobě musí být jasné, že jsi ochotná se takové expozici vystavit, že budeme spolu poslouchat, co ty říkáš klientovi. Mně se to však moc líbí. Svědčí to o tvé odvaze a snaze profesně zrát. To jsou vlastnosti, kterých jsem si na tobě už dříve všimla. *(Supervizorka se rozhodla pro přímou práci s nahrávkou supervizního sezení, poukázala na etickou stránku věci a ocenila terapeutku, že s tímto nápadem přišla).*

(b) Docílení a udržení funkčních kompetencí v KBT – k tomu je potřeba dostatečná praxe, jež se získá denní prací s klienty, a před tím zejména hraním rolí ve výcviku, ale i během supervize či aplikací na vlastní potíže (Newman 2010).

Někdy se stává i zkušeným terapeutům, že přestanou aktivně provádět některé strategie, což je způsobeno zabezpečujícím chováním, které postupně vede k tomu, že terapeut ztrácí odvahu některé aktivní strategie používat (Waller 2009), nebo je pro něj pohodlnější jen rozmlouvat a být empatický, nikoli být aktivní. Klient však nezmění své maladaptivní vzorce myšlení a chování. Také obava, že klient nebude schopen zvládnout některé KBT strategie vede k převážně podpůrnému, nedirektivnímu

přístupu. Při dlouhodobější absenci užívání aktivních strategií dochází k tomu, že v nich terapeut přestává být samozřejmý a má stále větší strach je použít.

(3) Rozvojové kompetence

Tyto kompetence zahrnují vývojový aspekt výcviku a berou v úvahu období, ve kterém se frekventant výcviku nachází. Zohledňuje se fakt, že na daném stupni rozvoje svého profesionálního růstu má frekventant určité dovednosti a zkušenosti, v dalším vývoji pak dochází k jejich prohlubování. Supervizor proto vždy uvažuje, co už může frekventant umět a jaká je v daném stádiu přiměřená supervize (Newman 2010). Rozvoj však pokračuje i po ukončení psychoterapeutického výcviku. Panuje shoda, že udělená licence garantuje kompetence na časově omezenou dobu a je třeba je rozvíjet celý život (Lichtenberg a kol. 2007, Kaslow a kol. 2007).

2.2.6. Kompetence pro supervizní proces v KBT

Supervizor má při vedení supervizanta celou řadu úkolů a odpovědností. Má mu umožnit profesionální růst, posílit jeho dovednosti, dbát na etické principy, pomoci mu nevyhořet a přitom dbát na prospěch klienta (Linehan a McGhee 1994, Falender and Shafranske 2007).

Základní kompetence v KBT supervizi

Je třeba, aby KBT supervizor měl stejné kompetence, které má KBT terapeut, a ještě byl schopen vytvořit supervizní vztah, který je v mnohém odlišný od terapeutického vztahu (Praško a kol. 2010d), posilovat supervizanta, dát mu prostor pro samostatný růst, rozumět dobře svému vlivu a moci nad supervizantem, jasně si uvědomovat, ve které fázi terapeutického vývoje supervizant je (Kaslow a kol. 2007). Supervizor musí být citlivý ke kulturním, etnickým a jiným odlišnostem a respektovat je. Má zodpovědnost za vývoj supervizanta a za doporučení, která mu dává. Měl by si být vědom protipřenosu supervizanta i svého a otevřeně o něm mluvit a nezranit supervizanta (Praško a kol. 2011b). Je třeba, aby hlídal hranice supervizního procesu a psychoterapie (Newman 2010). Je pro supervizanta vzorem, jak se rozhodovat, eticky myslet, jak posilovat, chápat a vést druhého, bránit se vyhoření, apod.

(a) *Specifické kompetence v KBT supervizi* – Patří sem probírání konceptualizace případu se supervizantem a jeho vedení k dalšímu studiu, zdrojům, učení novým dovednostem a technikám, apod. (Kuyken a kol. 2009). Učit ho rozumět klientovi,

pomoci mu hlouběji porozumět své práci s klientem, včetně postojů k sobě, k druhým a světu, vztahu k organizaci, naučit ho porozumět protipřenosovým a přenosovým postojům, myšlenkám, chování či emocím (Armstrong a Freeston 2003, Safranske a Falender 2008). Mít schopnost vidět skrytý kontrakt a metaforicky je nabídnout terapeutovi. Pro vedení supervize by měl supervizor umět (Beck a kol. 2008): (a) konzultovat a usnadňovat (facilitovat); (b) monitorovat administrativní aspekty (vedení záznamů); (c) vytvořit vztah usnadňující učení; (d) vyučovat, rozvíjet a upevňovat; (e) posílit samostatnou schopnost objevovat a volit; (f) hodnotit proces a možnosti rozhodování; (g) monitorovat profesionální etické problémy; (h) poskytovat expertízu.

Supervizor pravidelně poslouchá nahraná sezení supervizanta a podává zpětnou vazbu, která je zaměřena nikoliv na kritiku, ale na další rozvoj dovedností supervizanta (Beck a kol. 2008, Newman a Beck 2008). K hodnocení supervize kvalitativně i kvantitativně je možné užít Stupnici kognitivní terapie (Cognitive Therapy Scale-CTS, Young a Beck 1980), která pokrývá všechny důležité základní elementy, které by KBT sezení mělo pokrýt (vytvoření agendy sezení, spolupráce, zaměření na klíčové chování a kognice, porozumění, strategie změny, vyžádání feedbacku, probrání a zadání domácího úkolu a další); a supervizanti hodnotí na stupnici 0-6. Pravidelné užití tohoto dotazníku hodnotí kvalitu sezení, která významně souvisí s klinickým výsledkem (Trepka a kol. 2004).

(b) *Rozvojový rozměr v KBT supervizi* – náročnost supervize se postupně zvyšuje přímo úměrně průběhu terapeutického zrání supervizanta. Zpravidla konceptualizací a kognitivní restrukturalizací počínaje, přes hraní rolí, až například k práci s terapeutickým vztahem a protipřenosovými reakcím. Zprvu didaktická role časem ustupuje do pozadí a vystupuje spíše řízené objevování, hraní rolí, a práce s vlastními postoji. Vše je plně na dohodě všech zúčastněných s respektem k zakázce supervizanta.

2.2.7. Bezpečí, přijetí a ocenění v kognitivně behaviorální supervizi

Bezpečí, přijetí a ocenění jsou základní lidské potřeby, které u každého z nás a v jakémkoli vztahu mají být naplněny, abychom mohli zdravě zrán a růst, věřili ve své schopnosti, viděli svoji hodnotu a cítili se dobře s druhými i se sebou. Tyto potřeby by tedy měly být naplněny i v supervizi.

Pro užití specifických strategií je třeba dobrého terapeutického a supervizního vztahu. V KBT se nově objevuje širší formulace terapeutického vztahu, a to například v Youngově (1994) Terapii zaměřené na schéma (Schema therapy), kdy Young poukazuje na nenaplněnost základních dětských potřeb, na maladaptivní strategie ve vztazích, jež jsou pokusem dosytit nenaplněné dětské potřeby (Young a kol. 2003). Kvalitní vztah a jeho budování je nutností také v supervizním vztahu (Bennett-Levy 2009).

Teorie připoutání a socializace

Attachment (připoutání) je vrozeným pudem dítěte k vyhledávání blízkosti určitých lidí s pocitem větší jistoty v jejich blízkosti. Podle Bowlbyho (1977, česky 2010) teorie připoutání má souvislost se selháním dítěte při utváření bezpečného připoutání k jedné nebo více osobám v raném věku s neschopností vytvářet blízké vztahy v dospělosti.

K rozvoji sebepojetí a pocitu smyslu v životě pomáhá především nápodoba, zrcadlení a spolupráce (Cloninger 1993). Významnou formou sociálního učení je učení nápodobou. Mnoho způsobů chování dětí je výsledkem napodobení na základě identifikace dítěte s blízkou osobou (Bandura 1969). Děje se nejčastěji identifikací, v rámci citové vazby. Pokud nedošlo k dostatečnému procesu socializace citů v průběhu života, může k němu přispět psychoterapie (Young a kol. 2003). Pokud člověk zažil v dětství nejisté, ambivalentní nebo chaotické připoutání, projevuje se to potížemi při vytváření vztahů, včetně terapeutického vztahu. Nejistoty a problémy terapeutického vztahu se pak mohou paralelním procesem přenášet do vztahu supervizního. Stresující zážitky z dětství se odrážejí v očekáváních od terapeutického vztahu, což vyvolá protipřenos, a proto jsou i traumata z dětství obsahem supervize.

Kognitivní a emocionální schémata

Schéma je základní přesvědčení, na jehož základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, na svět a na budoucnost (Beck 1989, Young 1994). Souvisí s očekáváním od druhých osob. Beck předpokládá, že kognitivní schémata se vytvářejí zkušenostmi a zážitky v raném dětství a mohou zůstat dlouhou dobu latentní nebo skrytá (Beck 2005). Aktivují-li se, mohou spustit dekompenzaci osobnosti, nebo psychickou poruchu. V terapeutickém vztahu dochází k jejich aktivaci, někdy i v supervizním vztahu.

Pocitu, že potřeba podpory a blízkosti nikdy nebude naplněna, nabylo mnoho klientů vlivem nedostatku empatie v dětství, při absenci porozumění, vřelosti, naslouchání, nemožnosti se otevřít nebo sdílet (Beck 1989). To se pak odráží na jejich vztazích v dospělosti (např. vytěšňují negativní emoce). V terapii či supervizi se takový člověk může cítit nepochopen, přehlížen, či bez podpory.

Očekávání klienta od terapie

Klient vlivem předchozích zážitků a postojů hůře snáší stres a změnu. Má obavu, zda mu i v terapii nebude chybět dostatek bezpečí, přijetí nebo ocenění, tak jako v dětství. Pochopíme-li prožívání a osobní příběh klienta, budeme s ním schopni lépe komunikovat, bude cítit důvěru a je velká pravděpodobnost, že bude aktivní v léčbě. Naopak nedostatečná příprava a péče o terapeutický vztah může vést ke klientově rezistenci (Leahy 2003).

Kognitivně behaviorální terapie a terapeutický vztah

Dobrý terapeutický vztah může vzniknout jen v bezpečné atmosféře, při naslouchání, reflektování, posilování, apod. Základní terapeutickou dovedností je tedy utváření pocitu bezpečí, přijetí a ocenění. Jde také o jádrové terapeutické kompetence (Bennett-Levy a kol. 2009).

Jeffrey Young (Young 1994, Young a kol. 2003) používá pro dobrý terapeutický vztah pojem „limitované znovurodičovství“ (limited reparenting). Jde o ohraničené naplňování klientových potřeb pružným a autentickým terapeutem (Rafaeli a kol. 2011). Toto „rodičovství“ zahrnuje například vřelost, opravdovost, a empatii, též „nespecifické“ faktory, které byly popsány Carlem Rogersem (1967). Úkolem terapeuta je rozpoznat maladaptivní chování klienta, jako zvládací strategii, identifikovat skrytou zranitelnost a nenaplněné potřeby a reagovat jako dobrý rodič. Terapeutický vztah tedy potřebuje být flexibilní a terapeut potřebuje přizpůsobit svůj terapeutický styl potřebám klienta v každém sezení.

Základní lidské potřeby v KBT

Je třeba, aby se terapeut choval tak, aby klient cítil, že je v sezení jen pro něj. Je třeba se soustředit na klienta a vytvořit si jeho „pozitivní diagnózu“. Na počátku každého sezení vytvořit atmosféru bezpečí, kontroly, přijetí a ocenění. To, jak se to

terapeutovi daří lze zjistit supervizi. Na videonahrávkách sezení či při hraní rolí je možné velmi dobře rozpoznat atmosféru sezení. Totéž platí pro supervizní sezení.

Bezpečí a kontrola

Navodit terapeutickou atmosféru s vytvořením pocitů *bezpečí a kontroly* pro klienta či supervizanta je to první, čeho je třeba. Důležitá je emoční podpora a zklidnění, aby byl klient či supervizant vnitřně stabilizován a dokázal se uvolnit. Též kongruence, tedy ochota být sebou samým a nepředstírat je potřebná. Klient, ale i supervizant tak může důvěřovat, cítí se bezpečněji s pocitem kontroly nad situací. Nikdy nezraňujeme klienta ani supervizanta.

Vhodné je hned na začátku říci, co bude následovat, jak bude setkání vypadat, jak bude trvat dlouho, ptát se na názor či souhlas. Tím snižujeme nejistotu a zvyšujeme nejen pocit kontroly, ale i pocit, že klient či supervizant mohou věci a dění ovlivnit. Následně se společně vytváří plán sezení. Pocit bezpečí v terapii je nutný pro zpracování traumatických událostí z minulosti. Teprve poté lze pracovat na bolestných zážitcích klienta.

Přijetí

Důležitým pocitem pro klienta v sezení je též *pocit přijetí*. Podobně potřebuje mít pocit přijetí supervizant, byť na něm není závislý tolik, jako klient. Terapeut se zajímá o klientovo prožívání, problémy, postoje, naslouchá a aktivně se doptává na další podrobnosti. Supervizor se zajímá o úspěchy supervizanta, jeho rozhodnutí, váhání, postoje ke klientovi, kroky terapie, překážky. Pamatuje si předchozí konverzaci, atd. Aktivní naslouchání znamená porozumět kontextu terapeutické situace a reflektovat ji, chápat emoce, které klient prožívá.

Empatie je nejvýraznější komunikační složkou, jež posiluje pocit přijetí. Je důležité všechny pocity validizovat, vyjádřit, že klientovi věříme, chápeme ho a chceme s ním hledat cestu, jak vše zpracovat tak, aby mu to již dále do života nezasahovalo. Atmosféra přijetí je zásadní pro snížení pocitů viny, studu a zloby na sebe. Pokud se klient cítí přijímán se všemi svými pocity a myšlenkami terapeutem začíná se postupně lépe přijímat sám. Klient potřebuje cítit přijetí ze strany terapeuta po celou dobu. Terapeut by měl vždy respektovat klienta, podobně supervizor supervizanta a obracet se k němu jako k rovnoprávnému jedinci. Součástí respektu je i uznání legitimacy pocitů

nebo problémů klienta či supervizanta. Respekt posiluje také vlastní možnost rozhodovat.

Ocenění

Mít *pocit ocenění* je také základní potřebou při vytváření terapeutické či supervizní atmosféry. Člověk tak zpevňuje více a více přesvědčení, že věci zvládá. Ocenění by však mělo být upřímné, pak má teprve efekt na růst sebedůvěry. Pokud k tomuto došlo, klient či supervizant většinou najdou odvahu přiznat kontroverzní pocity nebo chování, více se otevrou, lépe přijímají kritiku, eventuálně zklamání, dokáží mluvit o bolestných věcech, apod. Je však velmi důležité povzbudit a ocenit odvahu o těžkých tématech mluvit.

Základní lidské potřeby v supervizi

Supervizní vztah je založen na podobných principech jako terapeutický vztah, od počátku však zahrnuje důraz na svobodu, odpovědnost a soběstačnost supervizanta. Pro terapeuta, zejména v době, kdy je ve výcviku, je však důležité, že v supervizním vztahu nachází člověka, který je akceptující a zajímá se o něj a jeho práci. Základem pro každý růst jsou pocity bezpečí, přijetí a ocenění. Pak je supervizant schopen učit se i z negativní zpětné vazby, nemá potřebu proti ní bojovat.

2.2.8. Sebereflexe v kognitivně behaviorální supervizi

Poznat kým jsme a stát se sebou je touha, kterou je možné spatřit již u antických filozofů, kteří kladli důraz na sebepoznání, jde tedy o jakousi výzvu k sebereflexi a zrání. Vědomě rozpoznat vlastní emoce, city, myšlenky či postoje v době jejich vzniku, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat, to jsou velmi důležité schopnosti terapeuta a supervizora. Boud a kol. (1985) uvažují o sebereflexi jako o intelektuální a afektivní aktivitě, jež vedla k probádání svých zážitků s cílem jim lépe porozumět a zhodnotit je. Sebeuvědomování lze pojímat též jako nestrannou, nehodnotící pozornost, která se zaměřuje na stav našeho nitra (Goldmann 1995). V „Sociální psychologii“ Výrost a Slaměník (1997) popisují sebereflexi jako schopnost vědomého sebepoznávání, sebevymezení, sebehodnocení, na základě kterého je formulován vztah k sobě. Obsahem vědomé sebereflexe jsou zejména tři aspekty: (a) sebeponětí; (b) sebehodnocení; (c) pozorovatelné chování (Hupková 2010). Sebereflexe je pozorností, jež zachovává neutrální postoj „pozorovatele“, i v případě prožívání silných emocí.

Význam sebereflexe

Na utváření terapeutického vztahu má sebereflexe velký vliv (Gilbert a Leahy 2007, Hardy a kol. 2007). Dochází-li k uvědomování si vlastních vnitřních zážitků, lze pak rozvíjet další dovednosti, znalosti a postoje, jež jsou důležité pro terapii. Mezi ně patří uvědomění si své terapeutické role, nahlédnutí přenosu a protipřenosu, emoční sebeovládání a kontinuální rozvoj profesionálních kompetencí, a jiné (Greenberg 2007). Podle Yaloma je vnitřní prožívání terapeuta ve vztahu k určitému chování klienta velmi cenné (Yalom a Leszcz 2007). Vlastní reakce nám totiž poskytuje cenná data. Terapeut, a stejně tak i supervizor, se spoléhá na důležitý zdroj informací - na vlastní pocity. Sebereflexe v terapii či v supervizi byla popsána jako cyklický proces. Obě strany kriticky posuzují své emocionální a kognitivní prožitky a uvědomují si své behaviorální reakce, prostřednictvím vnitřního dialogu a generalizací dosahují vhledu a mění původní postoje a přesvědčení, jež se týkají terapeutické (nebo supervizní) situace (Kimmerling a kol. 2000). Bennett-Levy (2006) popsal užitečný pohled na konceptualizaci rozvoje terapeutických dovedností. Rozlišuje 3 systémy informačního zpracování (Bennett-Levy 2006, Kuyken a kol. 2009):

- 1) *Deklarativní systém* (porozumění teoretickým modelům a jejich praktickým důsledkům (Anderson 2004).
- 2) *Procedurální systém* (dovednosti, postoje a chování, praktická kompetence. Rozvíjí se nácvikem a praxí).
- 3) *Reflektivní systém* (nejdůležitějším pro další rozvoj dovedností (Bennett-Levy a kol. 2009). Důležitý ve složitých případech, kdy je klient rezistentní na dosavadní přístupy, a objevuje se přenos a protipřenos. Rozvíjí se pravidelnou sebereflexí.

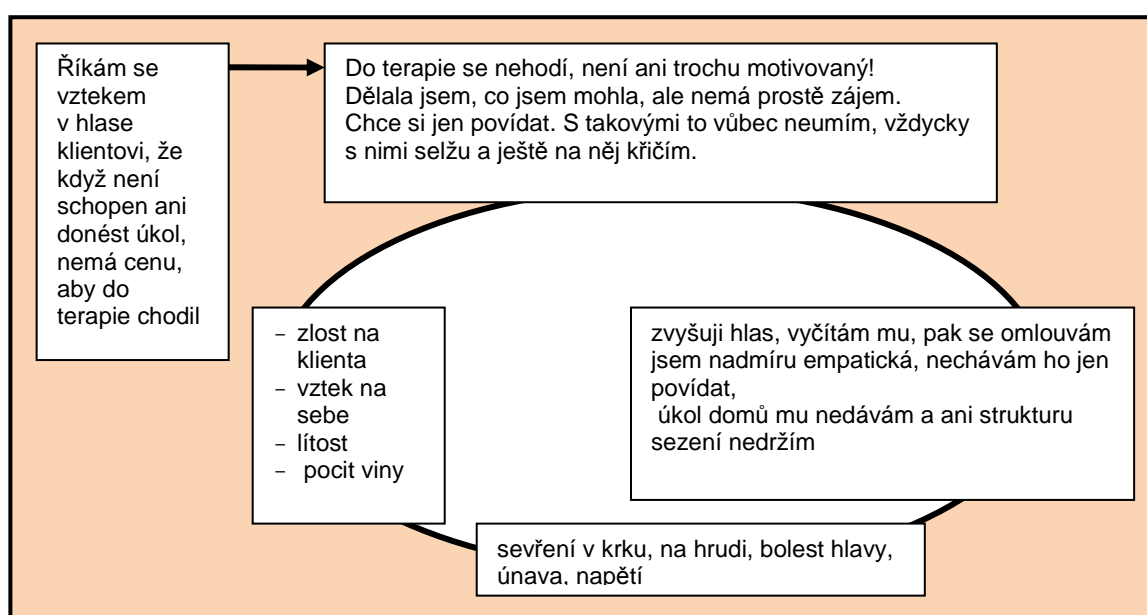
Pokud terapeut dobře rozumí svým vnitřním pohnutkám, dokáže se během setkání s klienty lépe rozhodovat, odlišit vlastní potřeby od potřeb klienta, porozumět přenosu i svému protipřenosu a vybrat nejvhodnější reakci v sezení (Leahy 2003, Orchowski et.al 2010). Nakládá pak se svými city přiléhavě k situaci a jeho reakce sleduje nejlepší zájmy klienta. Pokud porozumíme vlatním emocím a nepohodě, můžeme tak předejít promítnutí tohoto stavu na klienty. Nácvik sebereflexe je důležitý především pro začínající terapeuty, neboť jde o dovednost, která rozvíjí kritické myšlení a etické rozhodování. Zdá se tedy, že schopnost sebereflexe má efektivní vliv na procedurální zkušenost v terapeutickém procesu, na schopnost terapeuta kontinuálně užívat své vlastní emoce k lepšímu porozumění terapeutickému vztahu (Safran a Muran 2000,

Bennett-Lewy 2003). Tato kontinuální sebereflexe je podobná zvědavosti při mindfulness (Brown a Ryan 2003).

Rozvoj sebereflexe v průběhu supervize

V průběhu terapeutického výcviku se zvyšuje obecná schopnost sebereflexe, zatímco schopnost seberefektovat průběh terapie narůstá v průběhu supervize (Machado a kol. 1999, Milne 2008). Sebereflexi lze praktikovat sama s použitím autovize, nebo se jí učit v průběhu supervize. Pro autovizi lze použít bludného kruhu na zmapování svých vlastních reakcí na klienta.

Obrázek 3: Bludný kruh reakce na klienta během terapeutického sezení



Těž lze v rámci autovize nebo v supervizním procesu vždy po sezení udělat záznam automatických myšlenek. Má tak možnost vidět, co se v něm dělo a co vlastně chce, proč reaguje a proč se chová určitým způsobem. Lze také užít techniku padajícího šípku při objevování vlastních schémat.

Tabulka 5: Záznam dysfunkčních myšlenek – terapeutická situace (upraveno Praško a kol. 2010d)

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
Klient mi opakovaně tvrdí důvody, pro které zase neudělal domácí úkol. Já při tom svírám čelisti a přimhužuji oči a koukám jakoby do prázdna.	Už je to tu zase! To samé pořád dokola. Stále stejné výmluvy. Nikam se to nehýbe! Nechce nic řešit! Je mu v tom dobře!	Znechucení 80% Zlost 70% Pohrdání 50%	Už pětkrát neudělal úkol Ze sezení se již 2x omluvil a třikrát přišel pozdě. Udělal méně expozič, než jsme naplánovali	Nyní mluví stále o propuštění z práce, říká, že má strach, co bude dál. V podstatě exponoval na počátku skoro pravidelně, také je vidět zlepšení a i on to říkal, než přišlo jeho propuštění z práce, které nečekal.	To, že nyní trochu polevil je dáno tím, že má stres z propuštění. Do teď si vedl dobře, je pravděpodobné, že teď prostě potřebuje chvíli povídat o tomto stresu a pak zase bude pracovat.	Znechucení 20% Zlost 10% Pohrdání 0% Pochopení 50%	Budeme se věnovat nyní nejvážnějšímu problému Na dalších sezeních s ním budu řešit jak panickou poruchu, tak problém se zaměstnáním
Padající šíp – hledání schématu o sobě				Padající šíp – hledání schématu o druhých			
Co to o mně znamená?				Co to o něm znamená?			
Nedaří se mi ho léčit – nejde mi to!				Nesnaží se			
Co je na tom pro mně tak špatného?				Co je na tom tak špatného?			
Jádrové schéma: Jsem neschopná!				Nemá ani trochu snahy, nemá cenu jim pomáhat			
Jak by to muselo vypadat, abych nebyla neschopná?				Jak by to muselo vypadat, aby to tak nebylo?			
Je potřeba, aby mi šla terapie vždycky s každým a perfektně, abych byla schpná.				Všichni by se měli snažit, aby jim mělo cenu pomáhat.			

Supervizant si též může dělat zápisky o svých myšlenkách během terapeutického sezení nebo během introspekce. Sebereflexi lze rozvíjet nahrávkami. Zpočátku však nahrávání vyvolává u supervizantů obavy, pochybují o svých dovednostech i z nahrávky samotné. Supervize je zaměřena na to, aby supervizant na sebe získal náhled, což zpočátku může vyvolávat úzkost. V průběhu supervize však zpravidla

supervizanti habituuji a na kameru po několika nahrávkách zapomínají. Ve chvíli, kdy je supervize bezpečná, povzbuzuje se a supervizant je respektován, nahrávání jde bez větších potíží.

Potíže se sebereflexí

Ve chvíli, kdy není terapeut schopen uvědomit si své pocity, myšlenky a postoje v terapii, mohou ty pak řídit jeho chování v neprospěch klienta i jeho samého (Praško a kol. 2010b). Terapeuti nebo supervizoři pak často reagují protipřenosově nebo se cítí v terapii bezradně (Young a kol. 2003).

Kognitivní vyhýbání je jedním z důvodů neschopnosti sebereflexe. Umožňuje zabránit pocitu ohrožení, pokud by zjistili, že se například na druhé zlobí, cítí bezmoc, smutek nebo úzkost. To by podle nich znamenalo třeba to, že jsou slabí či pro druhé nepřijatelní (Praško a kol. 2009). Toto se může objevit jak u některých terapeutů ve výcviku, tak u supervizorů, kdy je to však vyjimečné. Pokud dojde k tomu, že má terapeut event. supervizor potíže se sebereflexí, není pak schopen vidět na možný protipřenos a tím může dojít k tomu, že se nevytvoří kvalitní terapeutický či supervizní vztah.

Sebereflexe a supervize

Terapeut se učí sebereflexi během sebezkušenosti, ale i v průběhu supervizního procesu. Během výcviku a supervize dochází kontinuálně k prohlubování jeho sebereflexe. Ten, kdo je schopen při své práci sebereflexi často používat, tuto schopnost zdokonaluje. Sebereflexí se rozvíjí terapeutické dovednosti supervizantů (Sutton a kol. 2007). Proto je třeba, aby tuto schopnost supervizor u supervizanta posiloval. Supervizor a supervizant se zaměřují na lepší porozumění pocitům myšlenkám, chování supervizanta v interakci s klientem a užívají poznatky v terapii v následujících sezeních.

Skovholt a Ronnestad (1992) zjistili, že zavedení nácviku kontinuální profesionální reflexe může být ústřední pro postupné profesionální zrání. Důležité pro schopnost sebereflexe jsou nahrávky supervizních sezení, nebo sledování supervize s kolegy (Linehan a kol. 1994). Zpětná vazba na nahrávku může ukázat úroveň této dovednosti. Vyhnutí se kritické sebereflexi může vypadat tak, že supervizor stále klade supervizantovi další otázky, nebo používá obecné nebo teoretické odpovědi na otázky. Supervizoři se například vyhýbají ukázat vlastní zranitelnost, nebo snižují svoji nejistotu tím, že se vyhýbají diskuzi o citlivých tématech (Kadushin 1976). Supervizoři

se vyhýbají sebereflexi převážně tehdy, když jsou sami přecitlivělí nebo naopak necitliví na kritiku, či se bojí ukázat vlastní zranitelnost, pochybují o svých supervizních dovednostech a bojí se přiznat, že něco také neví nebo jsou si v něčem nejistí (Bennett-Levy a Beedie 2007). K upevňování sebereflexe u supervizora lze použít podobných přístupů jako při nácviku sebereflexe u terapeutů: záznamy bludných kruhů, automatických myšlenek, propracování kognitivních schémat, jež souvisí s protipřenosem.

Před zahájením supervize by měl supervizor sám reflektovat své postoje k supervizantovi a nazvat si, jak nový vztah vnímá, jaké emoce a postoje v něm vyvolává. Na počátku supervize bývá supervizant napjatý a nejistý ve své terapeutické roli, je však převážně motivovaný dělat terapii nejlépe, jak umí. Frekventatni na počátku výcviku mohou mít obavy z toho, jak bude supervizor hodnotit jejich práci, mají strach z kritiky, ze srovnávání, zda jsou horší nebo lepší než ostatní apod. Na počátku supervizního procesu bývá patrná určitá závislost na supervizorovi, kterou však může supervizor snížit pomocí sebeotevření, a tím vytvořit partnerství. Vlastním sebeotevřením zpravidla inspiruje supervizanta k jeho sebeotevření.

Význam sebereflexe může supervizor zdůraznit již při kontraktování, během kterého probírá se supervizantem motivaci a očekávání od supervize, též pravidelnost každodenního propracovávání sebereflexe (Bernard a Goodyear 2004).

Čím více je supervizor zkušenější, tím větší množství sebereflexe používá ve své supervizi a otevřeně mluví o svém prožívání během supervize (Watkins 1995). Tento model je pro výuku supervizantů ústřední (Bernard a Goodyear 2004). To znamená, že supervizoři, kteří selhávají v sebereflexi, neumí zprostředkovat supervizantům pochopení různých hledisek v terapii, a tím je ovlivněn terapeutický a supervizní vztah (Ramirez 1999).

2.2.9. Supervizní vztah v KBT

Dobrý supervizní vztah je založen na podobných principech jako terapeutický vztah (Beck a kol. 2008, Greben and Ruskin 1994). Nejde však o terapii. Základem supervizního vztahu je jasný kontrakt, empatie, pozitivní posilování, důraz na charakteristiky vztahu, podpora vlastního procesu hledání. Neposilujeme přenosový vztah, i když v supervizním procesu lze očekávat podobný vývoj, jako v jiných vztazích. V supervizi vše pouze reflektujeme.

2.2.10. Přenos a protipřenos v kognitivně behaviorální supervizi

Protipřenos je pojem popisující nevědomou reakci terapeuta na klientův přenos. Terapeutův přenos na klienta je pak nevědomou reakcí terapeuta na klienta, která souvisí s jeho zkušeností s podobnými lidmi v minulosti, zejména v dětství. Tyto nevědomé protipřenosové reakce mohou vést k selhání terapie, neboť terapeut může nevědomě řešit své potíže na úkor klienta. Také v supervizi se objevuje protipřenos, je zde důležitou součástí reakce supervizora na supervizanta. Jedním z úkolů sebereflexe, supervize a supervize supervize je jeho zvědomování.

V supervizi mohou nevědomé protipřenosové reakce vést k pochybnostem supervizanta o sobě, snižovat jeho sebevědomí a odradit jej od práce s klienty, nebo naopak posilovat jeho nezvládnuté problémy v chování ke klientům. Supervizor má velkou moc, proto je nutné, aby supervizor rozpoznal a zpracoval své protipřenosové reakce.

Protipřenos z pohledu kognitivně behaviorální terapie

Jedním ze starých mýtů je přesvědčení, že analýza přenosu a protipřenosu do KBT nepatří, že je tématem pouze psychodynamických psychoterapií. U KBT byl na přenos a protipřenos kladen náležitý důraz již od počátku vzniku této terapie a je publikován v prvních knihách o kognitivní terapii (Beck a kol. 1979, Beck 1995). Přenos a protipřenos jsou zdrojem informací o vnitřním světě klienta, terapeuta i supervizora. Analýza a interpretace přenosu nejsou ústředním nástrojem kognitivně behaviorální terapie, jak je tomu u analytických přístupů. Avšak automatické myšlenky, emoce, tělesné reakce a chování, které jsou spojeny s dynamikou psychoterapeutického vztahu, jsou součástí léčby u složitějších poruch, neboť poskytují možnost testovat a modifikovat dysfunkční postoje k lidem (Young a kol. 2003). Tyto protipřenosové reakce a jejich behaviorální a funkční analýza jsou významným tématem pro supervizní práci, zejména při překonávání bloků v terapii (Leahy 2003). Jak v terapii, tak v supervizi se mohou objevit různé typy protipřenosových reakcí, ať je to mírně pozitivní, obdivující, overprotektivní, erotický, bojácný, útočný, nedůvěřivý, soupeřivý, či pohrdavý (více o přenosech in Praško a kol. 2003).

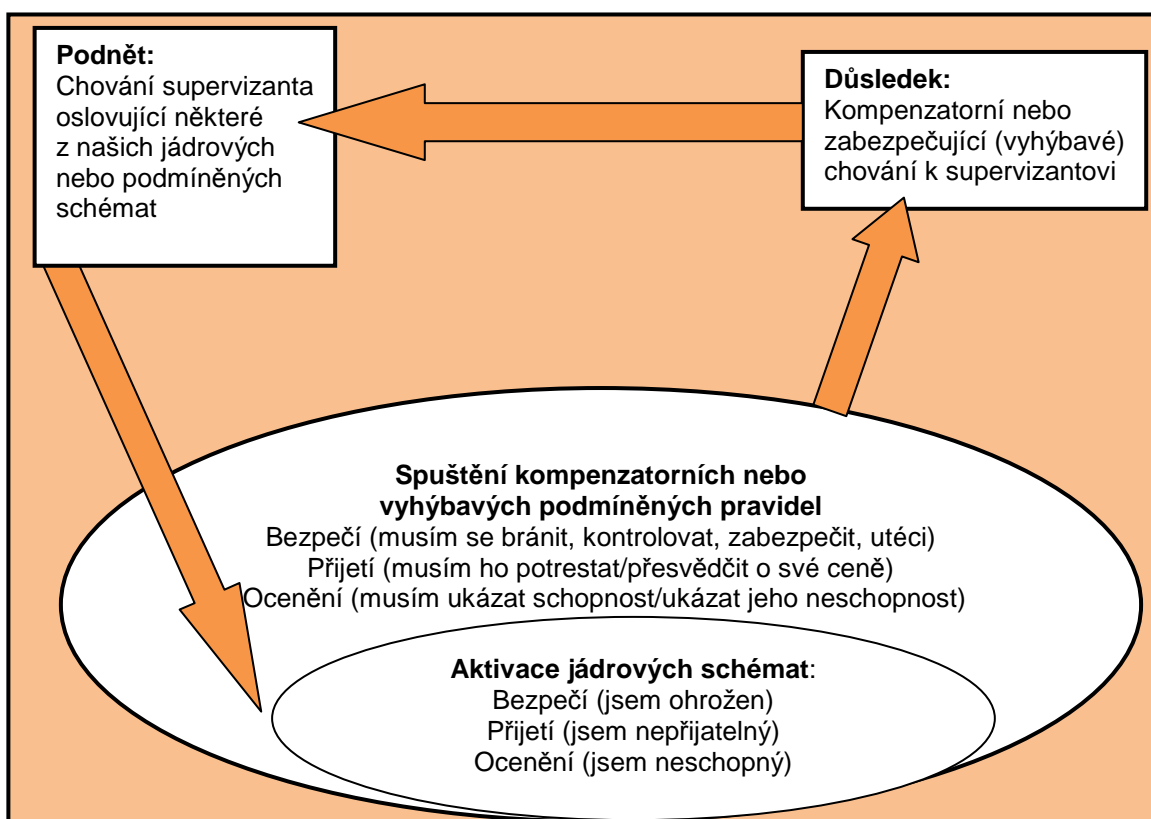
V KBT je protipřenos nazýván schématickou reakcí (Beck a kol. 1979, Beck 1995). Šlo o snahu vymezit se vůči psychoanalýze, a zdůraznit, že v něm nejde pouze o

„přenos“ dřívější zkušenosti s důležitými osobami, ale podílí se na ní i řada vlivů z dalšího vývoje, které schémata udržovaly, a do této reakce vstupují také současné okolnosti terapeutického vztahu a samotné klientovo chování v terapeutickém procesu. Pokud nemá supervizor či terapeut protipřenos pod kontrolou, může vést například k blokování žádoucí změny nebo k poškození klienta či supervizanta. Tato reakce často souvisí s hlubšími postoji, tzv. jádrovými schémata o sobě, druhých a světě a s podmíněnými pravidly, které kompenzují tato jádrová přesvědčení (Praško a kol. 2010d).

Zdroje protipřenosu

Reakce supervizora mohou mít různé zdroje, včetně kulturně daných postojů a hodnot, pohledu na vlastní profesní roli, jedinečnou životní zkušenost včetně výcviku, nebo mohou být spuštěny interakcí se supervizantovým chováním (Kimmerling a kol. 2000). Zdrojem protipřenosu, ať jde o terapii či supervizi, bývají zpravidla dřívější zkušenosti jeho nositele, které vznikly v reakci na chování (nejčastěji přenosové) druhé osoby, nebyly dostatečně zpracovány, jsou obsazeny výraznými emocemi, nositel od nich nemá odstup a má tendenci je projikovat do současných vztahů. Často jde, alespoň zčásti, o nápodobu nebo reakci na zkušenosti s významnými osobami v dětství, jako jsou rodiče, prarodiče, sourozenci či učitelé. Může jít o podobné nebo komplementární reakce. Pokud u nositele nebyly naplněny základní potřeby v těchto vztazích (bezpečí, přijetí, ocenění), nebo zažil frustraci, zraňování, nebo odmítání, má tendence si vytvořit pravidla ve vztazích k druhým lidem, která ho chrání, ovšem za cenu malé otevřenosti ve vztazích a rozvoje maladaptivního chování. Při terapeutické či supervizní práci však může jít i o reakci na opakované problémy nebo neúspěch s klienty určitého typu. Tento automatický „schématický“ pohled pak ovlivňuje chování k druhým.

Obrázek 4: Schéma protipřenosu v supervizi (Praško a kol. 2011a)



Důležitým cílem supervize je pochopení vlastních protipřenosových reakcí a hledání způsobů, jak je zvládnout, to může pomoci v překonání možné stagnace v léčbě. Protipřenosovým reakcím však musí nejprve rozumět supervizor, aby následně mohli porozumět i supervizanti. Proto je důležitá supervize jako základní předpoklad pro zdravý rozvoj kompetencí supervizora.

Typy protipřenosu a jeho kořeny

Projevy protipřenosu můžeme dělit na:

- (a) pozitivní - převažují kladné pocity k supervizantovi, jež se projevují v myšlení, prožívání a chování, převažují sympatie, náklonnost, podpora, ochota apod.;
- (b) negativní - převažují negativní pocity k supervizantovi, kdy v myšlení, prožívání a chování je přítomen hněv, nepřátelství, zklamání, strach, podezřívavost apod.;
- (c) ambivalentní - objevuje se obojí.

Protipřenos se objevuje ve všech terapeutických a supervizních vztazích. Aby byl klient či supervizant efektivně veden při zjišťování automatických myšlenek a emocionálních reakcí, je třeba, aby byl terapeut i supervizor schopen rozpoznávat, porozumět a vyjádřit své vlastní emoce (Beck a kol. 2004). Pro porozumění klientovi, supervizantovi i sobě samému je nezbytné rozpoznat a reflektovat vlastní omezení a odpor ke změně (Leahy 2003). Pokud si uvědomujeme, jaké emoční reakce supervizant vyvolává v nás, můžeme uvažovat, jak pravděpodobně alespoň zčásti reaguje na svého klienta. Mluvíme o tzv. paralelním procesu – jaké reakce vyvolává klient v terapeutovi, takové vyvolává supervizant v supervizorovi. Je však vhodné brát toto s určitou rezervou, neboť zde vstupuje řada osobnostních charakteristik zúčastněných a dalších okolností terapie.

Přiměřené vyjadřování emocí v průběhu terapie patří ke KBT, protože terapeut je pro klienta mimo jiné i vzorem, jak se chovat přirozeně a samozřejmě, a přitom zrale. Také supervizor se v mnohém stává vzorem pro supervizanta, zejména, pokud je ve výcviku a svůj styl si teprve začíná vytvářet. V protipřenosu se také mohou v automatických myšlenkách objevit všechny kognitivní omyly – značkování („To je hraničářka“, čtení myšlenek „Chce z toho jen získat pro sebe co nejvíc“, věštby „Nebude to lepší“, černobílé vidění „Kašle na to a nic nedělá“, personalizace „Dělá mi to na truc“, musy-bychy „Měl by dělat víc!“, nadměrná generalizace „Ještě vůbec nic nezkusil“, atd.

Jádrová přesvědčení a podmíněná pravidla terapeuta či supervizora nejčastěji ovlivňuje právě protipřenos, kdy se u různých klientů či supervizantů mohou aktivovat různá schémata. Proto Leahy (2003) popsal následující schémata:

Nadměrná potřeba přijetí

Supervizor, který se chce zalíbit, je mnohdy zdatný v projevech empatie. Má pocit, že supervizant by se měl především cítit dobře za všech okolností. Mnozí supervizanti tuto vřelost a empatii oceňují, supervizor je nikdy nekonfrontuje s nedostatky a nevyjadřuje negativní emoce. Často se ani nedotazuje na negativní emoce supervizanta. Obecně ho téma negativních emocí zúzkostňuje a je pro něj nepřijatelné. Tak se může lehce stát, že supervizant může chodit pozdě, vynechávat setkání, nedělat úkoly, apod. Pak, když se terapie nedaří, supervizor obviňuje sebe z vlastní neschopnosti.

Opuštění

Pokud má supervizor skrytý strach z opuštění, bojí se konfrontovat supervizanta s něčím negativním. Ukončení supervize předčasně pak chápe jako osobní odmítnutí. Supervizor s tímto schématem opuštěnosti může například o supervizanta nadměrně pečovat, avšak zároveň se může vyhýbat smysluplného kontraktu. Opečovávání pak může být ve formě rad, vyhýbání se negativní zpětné vazbě nebo řešení společných potíží v terapii. Supervizor, který se vyhýbá navázání vztahu, se často zaměřuje spíše na konceptualizaci a techniky, než na utváření vztahu jako takového. Zpravidla se vyhýbá obtížnějším tématům a inreencím, jež mohou vyvolávat úzkost. Zraňuje ho odlišný názor, vynechávání sezení nebo nedostatek zájmu supervizanta, kdy i odpor vnímá jako osobní odmítnutí.

Nadměrné požadavky

Někteří supervizoři či terapeuti mohou vnímat některé supervizanty či klienty jako nezodpovědné, či líné, zejména, mají-li obavy, z toho, že vyjadřovat emoce, nebo nejistotu je ohrožující či devastující, a tak zdůrazňují logiku a racionalitu a méně vyjadřují vřelost a empatii ke klientovi či supervizantovi, mohou ho nadměrně kritizovat a mít na něj nadměrné požadavky. To může vyvolat v supervizantovi pocit, že supervizor chce poukázat na to, že je bystřejší než on. Perfekcionistický supervizor tímto však pravděpodobně kompenzuje své pocity nedostatečné kompetence.

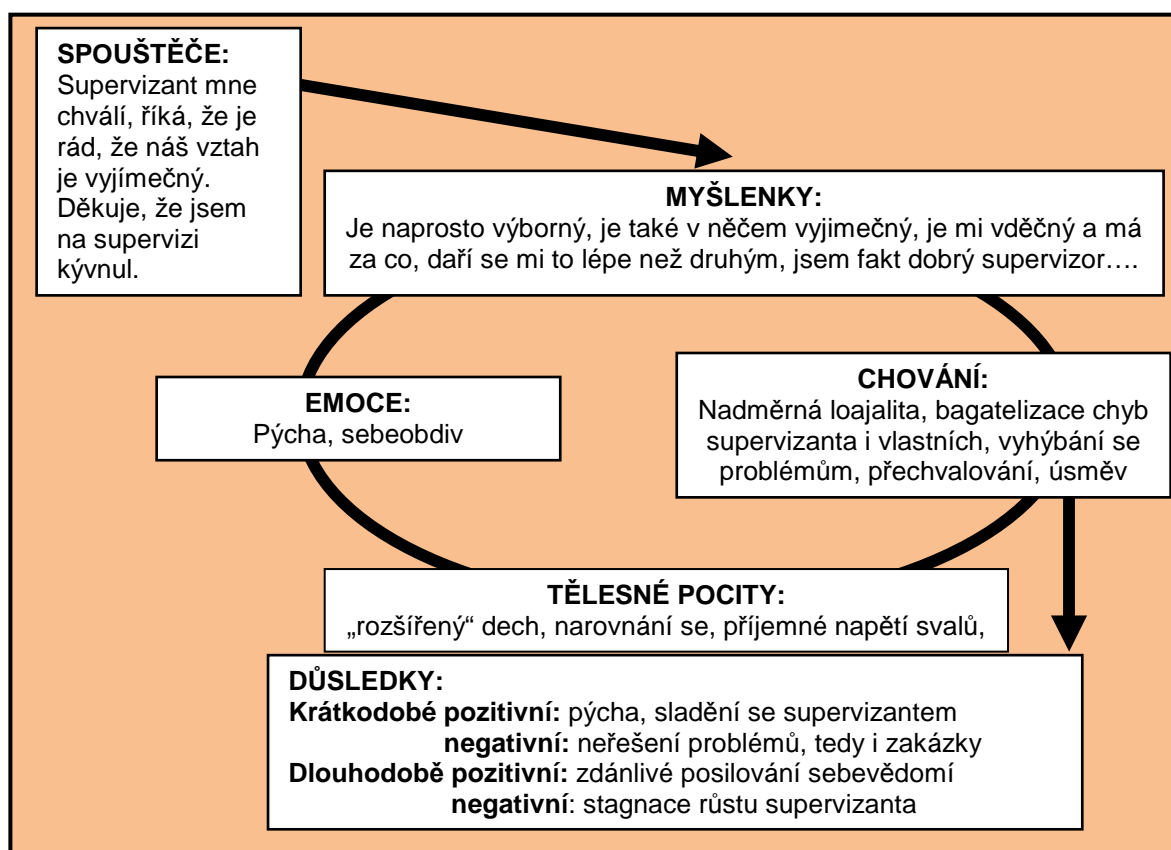
Potřeba vyjímčnosti

Supervize je pro supervizora možností ukázat svůj talent ve chvíli, kdy má potřebu pocitu vyjímčnosti, potřebu být nejlepší, obdivovaný. Potom například supervize těžšího případu začíná grandiózní nabídkou a planými nadějemi. Supervizor často říká, že supervizant konečně našel „pravého supervizora“, který mu pomůže všechno vyřešit. Velmi rád radí a všechno ví nejlépe. Může tak způsobit pocit viny a studu u terapeuta, kterému se v práci s obtížným klientem něco nedaří, nebo léčba například stagnuje. Potřeba obdivu od supervizanta může povzbuzovat supervizanta k narušení hranic, pokud je tedy již nenarušuje supervizor sám. Protože terapie s touto supervizí pak nemusí fungovat, supervizor se nudí, zlobí nebo kritizuje supervizanta za jeho terapeutické vedení klienta, místo toho, aby se vcítil do supervizantovy frustrace. Korekce a změna u takového supervizora vyžaduje vlastní pohroužení do sebe a zodpovězení si otázky: „Jak bych se sám cítil na místě tohoto supervizanta?“

Možnosti korekce

Probírat systematicky terapii s kolegy nebo supervizorem je velmi hodnotné, a to i pro zkušené terapeutky. Dokonce u empiricky zkoumaných terapeutických přístupů je považována za nezbytnou (Gunderson a Links 2008). Tyto rozhovory zvyšují terapeutovu schopnost jasně vidět klientův přenos a porozumět rychle protipřenosovému dění v sobě (Gabbard a Wilkinson 1994, Marginson a kol. 2000). Supervize terapeuta podporuje, ukazuje mu jiný pohled na situaci a její možnosti, pomáhá mu vyznat se ve složitých situacích. Proto se může podařit vidět nenaplněné potřeby terapeuta a nahlédnout to, že si řeší své problémy.

Obrázek 5: Příklad bludného kruhu přehnané pozitivní protipřenosové reakce



Při věnování dostatečné pozornosti svým protipřenosovým reakcím, má supervizor šanci je rozpoznat a zvládnout. To snižuje riziko negativních důsledků pro supervizi (Young a kol. 2003). Potřebuje však v průběhu procesu supervize monitorovat její proces, zejména své výrazné emoční reakce na supervizanta, jak pozitivní tak negativní, a zároveň ubírání se své vnitřní řeči. Je třeba, aby tyto reakce porovnal

s podobnými v minulosti a pokusil se hledat postoje, ze kterých toto vychází. Autovize supervizora by měla být součástí vnitřní reflexe po každém supervizním sezení, jinak schopnost sebereflexe může klesat. Pro supervizora jsou důležité zejména tyto reakce:

- obavy nebo nadměrné potěšení či radost z očekávaného sezení se supervizantem;
- nadměrná zlost/nenávist nebo naopak pocity náklonnosti k supervizantovi;
- chuť předčasně sezení ukončit nebo naopak jej protahovat;
- přání ukončit celou supervizi nebo nechuť skončit ve chvíli, kdy má supervize končit;

Chce-li supervizor zvládnout protipřenos, je třeba si uvědomit pocity k supervizantovi a položit si několik otázek:

- Jak emočně na supervizanta reaguji? Je mi s ním/ní až moc dobře/nepříjemně?
- Jak jej hodnotím? Jak hodnotím svoji práci s ním? Jak na něj/ni tělesně reaguji?
- Není to poněkud přehnané?
- Proč ho mám nebo naopak nemám tak rád?
- Které věci nápadně chci nebo nechci s tímto supervizantem probírat?
- Čeho se nejvíce obávám? Na co se nejvíce v supervizi těším?
- Nepřitahuje mě až moc fyzicky? Neobjevují se mi s ním/ní nějaké sexuální fantazie? Kam se dívám, sedíme-li spolu?
- Co se mnou dělá, když mne chválí nebo kritizuje?
- Nechci ho ohromit? Nadchnout? Nepotřebuji až moc jeho obdiv?
- Co vyvolává moje pocity nepohody při sezení?
- Je mi něco nesympatické? Jak tomu rozumím? Nepřipomíná mi to něco z minulosti?
- Nejsou zde nějaké známky problémů supervizanta, které jsem přehlédl? Co to říká o mně samotném, že jsem je přehlédl?
- Dávám mu dost prostoru k samostatnému hledání a růstu? Neblokuji jeho růst? Neradím? Nekritizuji nadměrně? Nemoralizuji? Vážím si ho? Proč, případně proč ne?
- Věřím mu dostatečně?

Následně může supervizor konzultovat vše s vlastním supervizorem. Například myšlenky související se supervizí může restrukturalizovat, aby došlo ke snížení negativních nebo nadměrně pozitivních emocí a supervize mohla zdárně pokračovat.

2.2.11. Nejdůležitější strategie v KBT supervizi

Strategie v KBT supervizi jsou prakticky ty, které se užívají v terapii. Ty nejdůležitější jsou:

- *Vytváření kontraktu* - supervizant a supervizor společně vytvářejí kontrakt a zakázku. Hledají odpověď na otázky, o čem „jejich“ supervize bude, jaké jsou potřeby terapeuta a jaké možnosti supervizora. Též se objevuje otázka frekvence setkávání, typu supervize, financí, apod. Supervizor se zpravidla ptá:
 - Na co byste se chtěl dnes podívat?
 - Co ode mne potřebujete? V čem Vám mohu pomoci? Co je vaší zakázkou?
 - Co bude tématem či oblastmi, kterým se budeme spolu v supervizních setkáních věnovat?
- *Stanovení problému a cíle* – supervizor se supervizantem definují problémy a stanovují cíle supervize. Pokud není supervizant moc zkušený, nebo má v terapii složitěho pacienta a neví jak případu, či tomu, co se děje v terapii nebo ve vztahu rozumět, má někdy potíže formulovat problémy a cíle. Pak je na místě, aby mu je supervizor pomohl formulovat a konkretizovat induktivními otázkami, jež mohou být následující:
 - Co tedy cítíte jako to, co byste chtěl řešit? Na co byste se rád v tomto podíval?
 - Jaký má tento problém pro vás význam? Jaké má důsledky pro vaši práci s klientem nebo pro vás samotného?
 - Šlo by zakázku formulovat konkrétněji? Co potřebujete přesně řešit? Jaký by měl být pro vás výsledek?
 - S čím byste chtěl odcházet, abyste byl spokojen?
- *Ujasnění si očekávání a odpovědnosti* – jde o ujasnění si očekávání a odpovědnosti za supervizi a za práci s klientem. Je dobré si ujasnit hranice supervizního vztahu. Supervizor už na počátku zjišťuje očekávání supervizanta pomocí otázek typu: „V čem vám mohu být prospěšný? Co od supervize očekáváte?“ Práce s klientem je odpovědností terapeuta, supervizor by neměl přebírat odpovědnost za rozhodování terapeuta.

V případě, že se terapie pod supervizí nedaří, je na místě zvážit doporučení klienta k jinému terapeutovi, ne však k supervizorovi.

- *Aktivní naslouchání* - cílem je porozumět kontextu terapeutické i supervizní situace a reflektovat ji, rozumět emocím, které supervizant prožívá. Supervizor spíše naslouchá a nechává supervizantovi dost času k vyjádření porozumění dějům v terapii. Později se supervizor začíná ptát na další okolnosti a induktivními otázkami pomáhá terapeutovi odhalovat další souvislosti. Je cenné, co odhalí supervizant spíše než to, co mu vysvětlí supervizor.
- *Zpětná vazba* – i když jde o důležitou součást supervize, může vést k negativním pocitům na obou stranách, event. k obraně. Nutná je rovnováha mezi pozitivní a negativní zpětnou vazbou. Zpětná vazba by měla přicházet systematicky, být konkrétní, pravdivá a přesná, neměla by být všeobecným chválením. Zejména u negativní zpětné vazby je důležitá pravidelnost, aby nedocházelo k napětí z jejího očekávání u supervizanta a ke kritickému přetlaku u supervizora. Neměla by být příliš obecná a ještě k tomu negativní, člověk je pak zraněn a rozhodně ho to nerozvíjí.
- *Vyjadřování respektu* - mezi supervizorem a supervizantem by mělo být partnerství, bez jakéhokoli shazování, bagatelizace, výčitek či ironie, moralizování s uznáním legitimacy pocitů. Respekt posiluje sebeúctu a supervizant je pak schopen být více zodpovědný, neboť si věří. Svobodné rozhodování je důležitý projev respektu k druhým. V případě, že supervizor necítí respekt k supervizantovi, měl by přemýšlet o svém protipřenosu.
- *Pozitivní posilování supervizanta* - supervizant očekává, že ho bude supervizor akceptovat, zajímat se o něj - o to, jak si vede v terapii, proto je dobré, pokud si supervizor pamatuje obsah společných setkávání a supervizantovi poskytuje pozitivní zpětnou vazbu – kompliment, ocenění, povzbuzení – to vše je pro supervizanta velmi důležité, má to vliv na jeho sebedůvěru a tím se zpevňují adaptivní vzorce chování a myšlení. Pozor však na to, pokud by nebyly projevy ocenění upřímné, tak totiž mohou aktivovat pocit ponížení.
- *Kognitivní restrukturalizace* – jde o běžně používanou strategii při práci s klienty, ale i v KBT supervizi, kdy je třeba mít pro to dovednost, aby supervizant neměl

pocit, že je spíše klientem. Sokratovský dialog je technika, která vede supervizanta k samostatnému uvažování a tedy i přijímání nových pohledů.

- *Řízené objevování* – užívá se jak v terapii, tak v supervizi a spočívá v kladení induktivních otázek k objevení faktů, např.: „Máte dojem, že to může nějak souviset?“, „Co si o tom myslíte?“, apod.
- *Práce s postoji* – je třeba si dávat pozor na hranice mezi terapií a supervizí. Proto je třeba užívat jí jen, je-li jasně vyslovena zakázka, a to pouze s postoji souvisejícími s prací. Pokud se pojmenují postoje a je patrné, že je třeba ošetřit supervizanta terapií, lze mu ji doporučit. Pokud by chtěl supervizor sám toto ošetřit, je třeba, aby byl velmi zkušený a se supervizantem se na tom jasně domluvili.
- *Hraní rolí* – umožní vidět problematický moment terapie, posoudit a dále modelovat terapeutické dovednosti.
- *Modelování, řetězení, imitační učení* – modelování umožňuje učit se v akci, což je cennější než vysvětlování či zpětná vazba.
- *Řešení problémů* – jde o techniku, která je v podstatě užívána ve většině supervizních setkání. Zahrnuje brainstorming možných řešení.
- *Domácí úkoly* – jsou součástí supervizní práce.

2.2.12. Techniky kognitivně behaviorální supervize

Je celá řada možností a technik, kterými se provádí KBT supervize. Nejčastěji je prováděna individuálně při kontaktu supervizora se supervizantem, ale relativně častá je také supervize ve skupině, jako individuální supervize před skupinou (supervizor provádí supervizi supervizanta v kruhu skupiny) nebo jako skupinová supervize, kde je do procesu zapojena od počátku celá skupina a supervizor proces strukturuje a shrnuje. V KBT se nejčastěji využívá:

- *Supervize případu před supervizorem, nebo skupinou* – jde o nejčastější přístup. Na počátku se sdělí zakázka a pomocí induktivních otázek, hraním rolí, imaginací, aj. strategiemi hledí účastníci na případ. Výhodou je dostatek času, nevýhodou to, že se pracuje s terapeutovou verzí.

- *Supervize hraním rolí* – její výhodnou je možnost vidět, jaké má terapeut praktické dovednosti a možnost je dále rozvíjet pomocí modelování, řetězením či imaginací.
- *Písemná supervize* popsaného případu – pomocí e-mailu. Mezi osobním setkáním je možné komunikovat o terapii pomocí e-mailů. Takto lze probírat prakticky každé sezení ihned po jeho ukončení. Výhodou je psaný záznam vnějšího i vnitřního dění, nevýhodou je opět verze terapeuta a nemožnost si problematickou situaci přehrát.
- *Supervize audionahrávky* – s tímto materiálem se supervize velmi zkvalitní, neboť je možné podívat se na interakci a průběh terapeutického sezení. Je však třeba, aby s nahrávkou souhlasil klient.
- *Supervize videonahrávky* – tento způsob supervize je cenný tím, že zapojíme nejen sluch, ale i zrak, nahrávku můžeme zastavovat, vracet se k významným úsekům, vidět i neverbální interakci a můžeme přitom užít například hraní rolí, restrukturalizaci, apod, abychom mohli terapeutické dovednosti rozvíjet. Nevýhodou je fakt, že klienti moc s nahráváním nesouhlasí, a též nutnost pořízení kamery, aj. přístrojů. Předpokládá to i určitou technickou zdatnost. Rizikem je nepředvídatelné selhání přístrojů.
- *Balintovská skupina* – lze ji užít i při KBT supervizi, ačkoli původně jde o psychoanalytický přístup. Probíhá v několika fázích – volba tématu, představení problému, prostor pro dotazy, fantazie, fáze – co bych dělal na místě terapeuta a shrnutí.

2.2.13. Stádia kognitivně behaviorální supervize

Supervizant se během supervizního procesu nachází v několika stádiích vývoje své kompetentnosti. Na počátku se supervizant učí základnímu porozumění klienta, analýze jeho problémů v daném časovém rámci, behaviorální, funkční a kognitivní analýze, historické konceptualizaci případu a následnému výběru nejvhodnějších terapeutických strategií. V tomto období se supervize zaměřuje na základní dovednosti a pomáhá supervizantovi tvořit vlastní terapeutickou identitu. Supervizantovi se doporučuje pracovat s jednoduchými klienty v krátkodobé terapii. Je zde třeba velké podpory. V průběhu se zvyšuje náročnost.

2.2.14. Výcvik kognitivně behaviorálních supervizorů

Výcvik KBT supervizorů trvá 3 roky. Každoročně probíhají 4 víkendová soustředění vždy od pátku do neděle. Každý frekventant absolvuje celkem 12 těchto setkání. K tomu je vyžadována supervizní práce mimo setkání a vypracovávání domácích úkolů. Supervizní výcvik je organizován podle základních principů KBT. Požadavky na frekventanta v průběhu výcviku jsou následující:

Teoretické znalosti – požadavky:

- 50 hodin přednášek o supervizi
- 150 hodin vlastního studia literatury o supervizi (jak v KBT tak u vybraných psychoterapeutických směrů), ověření ve vlastních přednáškách v supervizní skupině.

Praktické dovednosti – požadavky:

- Lektorské vedení účastníků základního KBT výcviku pod supervizí, nejméně 20 hodin
- 150 hodin přímého speciálního výcviku v supervizi – hraní rolí
- kontinuální supervize 6 výcvikových frekventantů, s každým nejméně 10 setkání se supervizí supervize, 4 nahraná na video nebo audionosiči
- prezentace nejméně 2 kontinuálních supervizí svých frekventantů v supervizní skupině
- závěrečná písemná práce o supervizi o rozsahu minimálně 50 normostran

Závěrečná zkouška výcviku v KBT supervizi:

- prezentace vlastní závěrečné práce
- teoretická otázka
- probrání vybraného případu supervize před zkušební komisí
- praktická zkouška – hraní rolí

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. CÍLE STUDIE A HYPOTÉZY

Projekt je připraven jako závěrečná práce magisterského studia „Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích“, ale sleduje i další cíl, a to zmapovat očekávání od supervize před zahájením KBT výcviku (**Začátečníci**), dále u frekventantů KBT výcviku a to jako jedna skupina (**Frekventanti**), nebo zvláště ve dvou různých fázích výcviku - po 1. roce výcviku, kdy se seznámili se základy teorie a praxe kognitivně behaviorální terapie a zažili první výukové supervize (**Mírně pokročilí**) a po 4. roce výcviku, kdy končí výukové supervize a začínají poslední rok výcviku, který je plně věnován supervizi vedení případů (**Pokročilí**) a očekávání od supervize u frekventantů výcviku v KBT supervizi (**Supervizoři**), převážně lidí, kteří se dlouhodobě supervizi frekventantů věnují a vstoupily do systematického výcviku v KBT supervizi, aby své zkušenosti systematizovaly a prohloubily. Tato očekávání jednotlivých skupin budou porovnána za účelem zjistit, v čem je shoda a kde se očekávání liší.

3.1.1. Cíle projektu

Na počátku jsem si stanovila několik základních cílů. Cílem projektu je:

- (a) zmapovat očekávání od supervize u čtyř různých skupin osob, účastnících se KBT výcviků v různé fázi vývoje (Začatečníci, Mírně pokročilí, Pokročilí, Supervizoři);
- (b) porovnat očekávání supervizantů a supervizorů za účelem zjistit, v čem je shoda a kde se očekávání liší.
- (c) zjistit, zda očekávání účastníků má souvislost s jejich kompetencemi v KBT hodnocenými jejich výcvikovými trenéry.

3.1.2. Pracovní hypotézy

Kromě cílů šetření jsem si podle předpokladů zjištěných v literatuře postavila hypotézy, jejichž pravdivost bude možné ověřit jednoduchými statistickými metodami. Pracovní hypotézy vyplývají ze studia literatury a z vlastních zkušeností se supervizí.

Měla jsem za to, že očekávání budoucích supervizorů (Supervizoři), kteří jsou ve výcviku v supervizi, se budou lišit od očekávání pokročilých frekventantů ve čtvrtém roce výcviku (Pokročilí) a ty zase od očekávání frekventantů po prvním roce výcviku (Mírně pokročilí), a očekávání od frekventantů výcviků (Frekventanti = Mírně pokročilí + Pokročilí) se budou lišit od očekávání osob, kteří by výcvik v KBT chtěli zahájit (Začátečníci).

(1) Postoje k supervizi a očekávání od ní se u frekventantů základního KBT výcviku (Frekventanti) a výcviku supervizorů (Supervizoři) liší:

- Nulová hypotéza: Není rozdíl v očekávání v žádné ze subškál či položek dotazníku, hodnotícího očekávání od supervize (ABSS)
- Alternativní hypotéza: Očekávání Frekventantů a Supervizorů od supervize se liší. Zatímco Frekventanti očekávají více naplnění edukativních položek, jako je učení se dovednostem, dostávání návodů a rad, u Supervizorů budou významnější položky týkající se sebereflexe, terapeutického vztahu a procesu.

(2) Postoje k supervizi a očekávání od ní po roce výcviku (Mírně pokročilí) a po čtyřech letech výcviku (Pokročilí) se liší:

- Nulová hypotéza: Není rozdíl v očekávání v žádné ze subškál či položek dotazníku ABSS
- Alternativní hypotéza: Očekávání Mírně pokročilých a Pokročilých se liší; Mírně pokročilí očekávají větší zaměření supervize na terapeutické strategie a očekávají více rady a doporučení, Pokročilí více očekávají zaměření supervize na terapeutický vztah, sebereflexi a strukturu.

(3) Postoje k supervizi a očekávání od ní před zahájením výcviku (Začátečníci) jsou odlišná od očekávání v době vlastního výcviku (Frekventanti=Mírně pokročilí + Pokročilí):

- Nulová hypotéza: Není rozdíl v očekávání v žádné ze subškál či položek dotazníku ABSS
- Alternativní hypotéza: Začátečníci budou více očekávat, že supervize se týká korekce chyb a návodů a rad než Frekventanti, kteří budou více zdůrazňovat konceptualizaci případu a terapeutické vedení.

(4) Postoje k supervizi a očekávání od ní (subškály dotazníku ABSS) u Supervizorů i u Frekventantů souvisí s jejich supervizními či terapeutickými kompetencemi, hodnocenými jejich výcvikovými lektory v hodnotících stupnicích (u Supervizorů SCQ: Dotazník kompetencí supervizora, viz Příloha 4; u Frekventantů TCQ: Dotazník supervize v kognitivně behaviorální terapii, viz Příloha 3):

- Nulová hypotéza: Mezi subškálami ABSS a supervizními či terapeutickými kompetencemi není žádná korelace
- Alternativní hypotéza: Mezi subškálami ABSS a supervizními či terapeutickými kompetencemi je významná souvislost projevující se v tom, že výše hodnocený postoj či očekávání v určité modalitě (např. důraz na supervizní vztah), souvisí s kompetencemi ve stejné modalitě (např. kompetencemi ve vedení terapeutického vztahu).

3.1.3. Možný přínos projektu

Výsledky mohou pomoci více se orientovat v očekávání frekventantů KBT výcviku v různých etapách jejich terapeutického zrání a pomohou také porozumět více očekáváním před zahájením KBT výcviku a od výcviku v supervizi. Tyto informace mohou pomoci v dalším propracování organizace KBT výcviků tak, aby očekávání frekventantů byla zohledněna nebo aby důrazy v supervizi v jednotlivých fázích výcviku více odpovídaly reálným potřebám a možnostem.

3.2. METODA

Ke zjištění údajů byla použita metoda sběru dat za pomoci dotazníku. Je to nejrozšířenější metoda šetření. Její výhodou je rychlý sběr dat, stejnost podmínek probandů při sběru, minimální rušivý vliv výzkumníka na hodnocení. Nevýhodou může být nepřesnost při vyplňování, nedostatečné porozumění otázkám, subjektivní zkreslení a neosobní kontakt. Jsou to nevýhody všech dotazníkových šetření, které jsem se snažila zmírnit důkladným vysvětlením dotazníků probandům, výzvou, aby se zeptali, kdykoliv budou mít pocit, že něčemu jasně nerozumí a při rozdání a odevzdání dotazníků zopakováním, zda všemu dobře porozuměli a zda si něco ještě chtějí ujasnit. Dotazníky

byly konzultovány a doporučeny PhDr. Radkem Obereignerů, PhD., PhDr. Milošem Šlepeckým, CSc. a prof. MUDr. Jánem Praškem, CSc.

3.2.1. Populace

Do projektu byli zapojeni frekventanti výcviku v kognitivně behaviorální terapii (Frekventanti), buď po prvním a čtvrtém ročníku výcviku (Frekventanti se dělí na Mírně pokročilé a Pokročilé), účastníci výcviku v KBT supervizi (Supervizoři) a osoby, které se účastnily přijímacího pohovoru před zahájením KBT výcviku (Začátečníci). Jedná se o profesionály, pracující ve zdravotnictví nebo pomáhajících profesích, konkrétně o psychology, psychiatry, sociální pracovníky, speciální pedagogy aj. a zdravotní sestry. Do hodnocení nebyli zařazeni výcvikovní tréneři ani účastníci, kteří výzkum odmítli. Účastníci se projektu účastnili dobrovolně. Do kalkulace výsledků byli zařazeni ti účastníci, kteří vyplnili věcně správně základní položky dotazníku ABSS bez ohledu na to, zda zároveň bodovali preferenci jednotlivých položek či nikoliv. Pozdější vyplnění dotazníku nebo věcně nesprávné vyplnění dotazníků bylo důvodem k tomu, že byl účastník z hodnocení vyřazen.

3.2.2. Hodnocení

Probandi dostali k vyplnění Dotazník očekávání od supervize (ABSS - Attitudes and Beliefs of Supervission Scale) hodnotící 5 dimenzí (subškál) očekávání, z nichž každá má 5 položek, které respondent hodnotí na Likertově stupnici 1 – 5 body. Hodnota 1 představuje nejnižší skóre očekávání a 5 skóre nejvyšší. Dotazník ABSS byl vytvořen k hodnocení očekávání frekventantů výcviků od supervize. Obsahuje celkem 25 otázek, které jsou seskupeny do 5 subškál hodnotících očekávání od supervize v doménách supervizní vztah, dovednosti, sebereflexe, struktura, proces). Součet hodnocení pěti položek v jednotlivých subškálách vytváří celkový skóre subškály. **A** subškála se týká terapeutického vztahu, **B** subškála dovedností, **C** subškála sebereflexe, **D** subškála struktury a **E** subškála procesu supervize. Vnitřní konzistence dotazníku je relativně dobrá (Crombachovo $\alpha = 0,86$) (Praško, Obereignerů, Vyskočilová in press). Dalším výstupem dotazníku jsou preference odpovědí uvnitř jednotlivých subškál, přičemž 1 je nejvyšší preference položky a 5 je nejnižší preference položky v dané subškále.

Výcvikovní lektori KBT výcviků hodnotili Frekventanty, které ve svém výcviku vedou pomocí hodnotícího dotazníku **TCQ**: Dotazník supervize v kognitivně behaviorální terapii (viz Příloha 3). Jde o 28 položkový dotazník, ve kterém lektor nebo supervizor, hodnotí KBT kompetence při práci s klientem. Tento dotazník je standardně používaný při hodnocení kompetencí KBT terapeuta ve výcvicích v USA (originální forma dostupná na <http://www.appl.org/pdf/wright>).

Lektori supervizního KBT výcviku hodnotili kompetence Supervizorů ve vedení supervize pomocí hodnotícího dotazníku **SCQ**: Dotazník kompetencí supervizora (viz. Příloha 4). Jedná se o 24 položkový dotazník, hodnotící kompetence supervizora při vedení supervize. Dotazník hodnotí jak základní, tak specifické kompetence supervizora. Tento dotazník byl vytvořen a je používán pro vnitřní potřeby supervizních KBT výcviků v České republice, na Slovensku, v Polsku a Litvě a dosud nebyl publikován (Praško, osobní informace).

3.2.3. Sběr dat a jejich statistické hodnocení

Před zařazením do studie byli všichni účastníci ústně i písemně informováni o studii a jejím smyslu a možnosti bez následků z účasti odstoupit. Před vstupem do studie podepsali informovaný souhlas. Demografická data (věk, pohlaví, délka klinické praxe, délka supervizní praxe) a data z posuzovacích dotazníků byla zaznamenávána do připravených tištěných záznamů a bezprostředně editována do paměti počítače s pomocí programu Microsoft Excel 2000 v operačním systému Windows XP. Celkový počet dat byl přes 8.700. Statistické hodnocení bylo provedeno softwarem PRISM 3. Kvantitativní data, jako je věk probandů, délka jejich praxe, výše skóre v jednotlivých položkách i subškálách ABSS, byla hodnocena sloupcovou popisnou statistikou, ke zjištění průměrů, minima, maxima, směrodatných odchylek a typů rozložení (parametrické či neparametrické). Pro zjištění statistických rozdílů pak byly použity nepárové t-testy pro porovnání dat mezi jednotlivými skupinami. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi kvantitativních dat, která měla parametrická rozložení, byly korelovány parametrickou statistikou (Pearsonovo r), při neparametrickém rozložení pak neparametrickou statistikou (Spearmanovo r). U kvalitativních dat (např. preference položky v rámci subškály) byly zjištěny frekvence v jednotlivých kategoriích. Statistické rozdíly mezi pohlavími, profesemi, kategoriemi frekventantů (Frekventanti,

Mírně pokročilí, Pokročilí, Supervizoři, Začátečníci) byly v kvantitativních datech porovnány pomocí one-way ANOVA v případě parametrických rozložení, pomocí Kruskal-Wallisova testu pro neparametrická rozložení a u kvalitativních dat pomocí chi-kvadrát testů (při více než dvou kategoriích) a Fisherova přesného testu (při dichotomních kategoriích). Pro mnohočetná srovnání byly použity post hoc analýzy pomocí Turkeyova mnohočetného srovnávacího testu a kvantitativní data rozložena parametricky, a pomocí Dunnova mnohočetného srovnávacího testu pro neparametricky rozložená kvantitativní data. Rozdíly byly pokládány za významné, pokud bylo dosaženo alespoň 5% hladiny statistické významnosti ($p < 0,05$).

3.3. VÝSLEDKY

3.3.1. Popis souboru

Do studie bylo zařazeno celkem 101 osob. Z toho 33 nováčků před zahájením výcviku (Začátečníci), 30 frekventantů po prvním roce výcviku (Mírně pokročilí) v KBT, 25 frekventantů na konci čtvrtého roku výcviku (Pokročilí) v KBT a 13 frekventantů výcviku v supervizi v prvním roce výcviku (Supervizoři). V souboru výrazně převažují ženy ($n=85$), které tvoří celkem 84,2%. Profesionálně se jedná o 46 psychologů (45,5%) 17 psychiatrů (16,8%), 9 zdravotních sester (8,9%) 8 sociálních pracovníků (7,9%) a 21 speciálních pedagogů aj. (20,8%). Dobře vyplněnou základní část dotazníku ABSS odevzdalo 98 osob (97,0%), správně vyplněný kompletní dotazník ABSS odevzdalo 89 osob (88,1 %).

Průměrný věk v celém souboru byl $33,94 \pm 8,04$ roku ($29,39 \pm 5,23$ u Začátečníků, $34,27 \pm 8,01$ u Mírně pokročilých, $35,28 \pm 6,45$ u frekventantů u Pokročilých a $42,15 \pm 9,50$ u Supervizorů). Jednotlivé skupiny se mezi sebou statisticky významně lišily v průměrném věku (one-way ANOVA, $f= 10,79$, $df=100$; $p < 0,0001$), přičemž významný rozdíl (Turkeyův mnohočetný srovnávací test: $p < 0,05$) je mezi skupinou Začátečníků a oběma Pokročilými skupinami, ještě významnější mezi Začátečníky a Supervizory ($p < 0,001$). Supervizoři se rovněž významně liší od Mírně pokročilých i Pokročilých (obojí $p < 0,05$). Začátečníci se statisticky významně liší od obou skupin Pokročilých (obojí $p < 0,05$ resp. $0,001$). Mezi Mírně pokročilými a

Pokročilými nebyl statisticky významný rozdíl nalezen (Turkeyův mnohočetný srovnávací test: n.s.).

Průměrná délka klinické praxe byla u celého souboru $87,50 \pm 94,89$ měsíců, z toho $31,48 \pm 50,75$ měsíců u Začátečnicků, $83,23 \pm 81,69$ měsíců u Mírně pokročilých, $101,60 \pm 76,90$ u Pokročilých a $217,0 \pm 111,8$ u Supervizorů. Skupiny se mezi sebou statisticky významně liší v průměrné délce klinické praxe (one-way ANOVA, $f= 18,62$, $df=100$; $p < 0,0001$). Tento rozdíl jde na vrub statisticky signifikantně delší klinické praxi frekventantů výcviku v supervizi (Supervizorů) oproti každé ze skupin terapeutického výcviku (Turkeyův mnohočetný srovnávací test vždy: $p < 0,01$). Mírně pokročilí ani Pokročilí se délkou klinické praxe mezi sebou nelišily (Turkeyův mnohočetný srovnávací test: n.s.).

Tabulka 7: Demografická data účastníků výzkumu

	Před zahájením KBT výcviku „Začátečníci“	KBT výcvik po 1 roce „Mírně pokročilí“	KBT výcvik po 4 letech „Pokročilí“	Výcvik supervizorů „Supervizoři“
Počet	30	30	25	13
Věk	$29,39 \pm 5,23$	$34,27 \pm 8,01$	$35,28 \pm 6,45$	$42,15 \pm 9,50$
Délka praxe v měsících	$31,48 \pm 50,75$	$83,23 \pm 81,69$	$101,60 \pm 76,90$	$217,0 \pm 111,8$

3.3.2. Demografické údaje a hodnocení v dotazníku ABSS

Vztah mezi kvantitativními demografickými daty, jako je věk a délka praxe a hodnocením jednotlivých otázek dotazníku ABSS byl hodnocen pomocí korelace, za užití neparametrického Spearmanova r (skóry hodnocení v ABSS nemají parametrické rozložení). Porovnání mezi skupinami podle pohlaví a podle profese bylo provedeno za pomoci nepárových t -testů (pro parametrická rozložení kvantitativních dat) nebo pomocí Mann Whitneyova testu (pro neparametrická rozložení kvantitativních dat).

Věk

Věk účastníků koreluje pozitivně s délkou praxe (Spearmanovo $r = 0,6465$; $p < 0,0001$), což je banální očekávatelný výsledek). Dále statisticky významně věk koreluje s položkami a-5 a d-1 škály ABSS.

a-5: „Během supervize je podstatné mít dost svobody k rozvíjení vlastního porozumění“ (Spearmanovo $r=0,2363$, $p < 0,05$).

d-1: „Během supervize je podstatné jasné stanovení problémů a cílů, o které v supervizním setkání půjde“ (Spearmanovo $r=0,2211$, $p<0,05$).

S žádnou z dalších položek ani subškál ABSS věk nekoreluje.

Délka praxe

Délka praxe pozitivně koreluje se třemi položkami v ABSS dotazníku a to s hodnocením v otázkách:

d-1: „Během supervize je podstatné jasné stanovení problémů a cílů, o které v supervizním setkání půjde“ (Spearmanovo $r=0,2076$, $p<0,05$).

e-3: „Během supervize je podstatné Zpracování jádrových schémat a odvozených pravidel fungujících v terapeutických vztazích (Spearmanovo $r=0,1992$, $p<0,05$).

Jiné korelace mezi délkou praxe a dalšími položkami ABSS dotazníku ani jeho subškálami nebyly statisticky významné.

Rozdíly mezi ženami a muži

Průměrný věk žen je $33,93 \pm 8,57$ a mužů $34,00 \pm 4,16$ ($n=16$). Rozložení věku je u obou pohlaví parametrické. Mezi ženami a muži není statisticky významný rozdíl v průměrném věku (nepárový t-test: $t=0.03216$ $df=99$; n.s.).

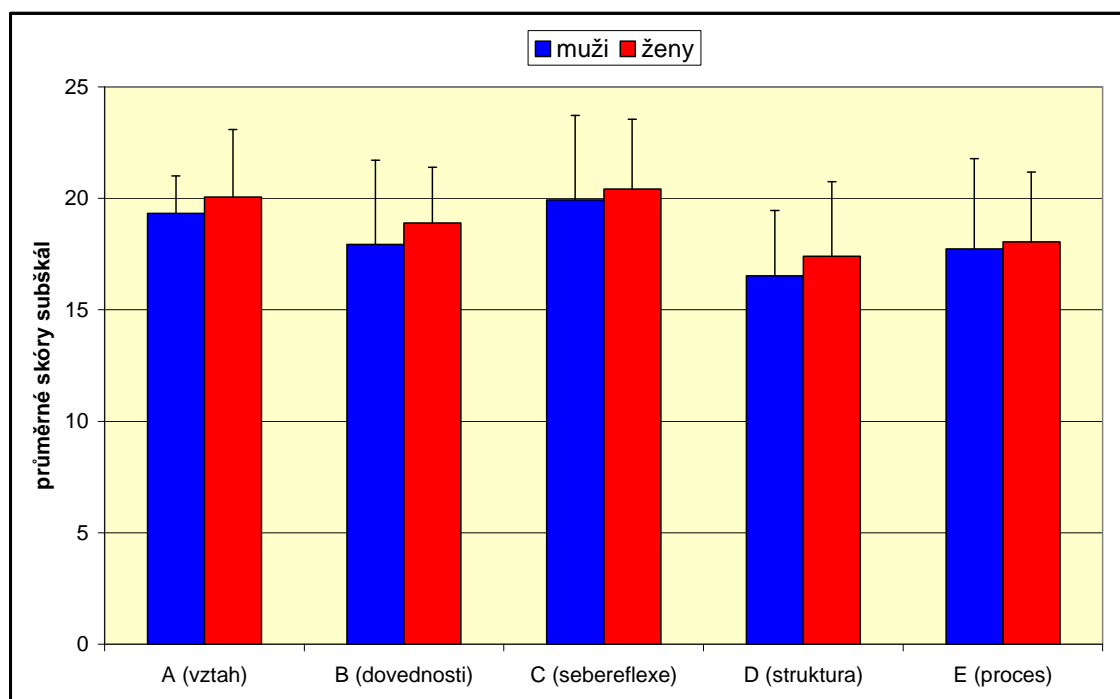
Průměrná délka praxe je u žen $89,09 \pm 98,69$ měsíce (neparametrické rozložení) a u mužů $82,75 + 71,22$ měsíce (parametrické rozložení). Mezi ženami a muži není statisticky významný rozdíl v průměrné délce praxe (Mann Whitney $U= 643,0$; n.s.).

Při porovnání žen a mužů v subškálách dotazníku ABSS se neobjevil statisticky významný rozdíl v žádné ze subškál.

Tabulka 8: Průměry subškál dotazníku ABSS u mužů a žen

	A (vztah)	B (dovednosti)	C (sebereflexe)	D (struktura)	E (proces)
Muži	19,33± 1,68	17,93± 3,77	19,93± 3,79	16,53 ± 2,92	17,73± 4,06
Ženy	20,06± 3,03	18,90 ± 2,49	20,42 ± 3,13	17,41 ± 3,34	18,06± 3,13
	Mann-Whitney test	nepárový t-test	nepárový t-test	nepárový t-test	nepárový t-test
	U=460,5	t=1.273 df=96	t=0.5379 df=96	t=0.9509 df=96	t=0.3554 df=96
statistika	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

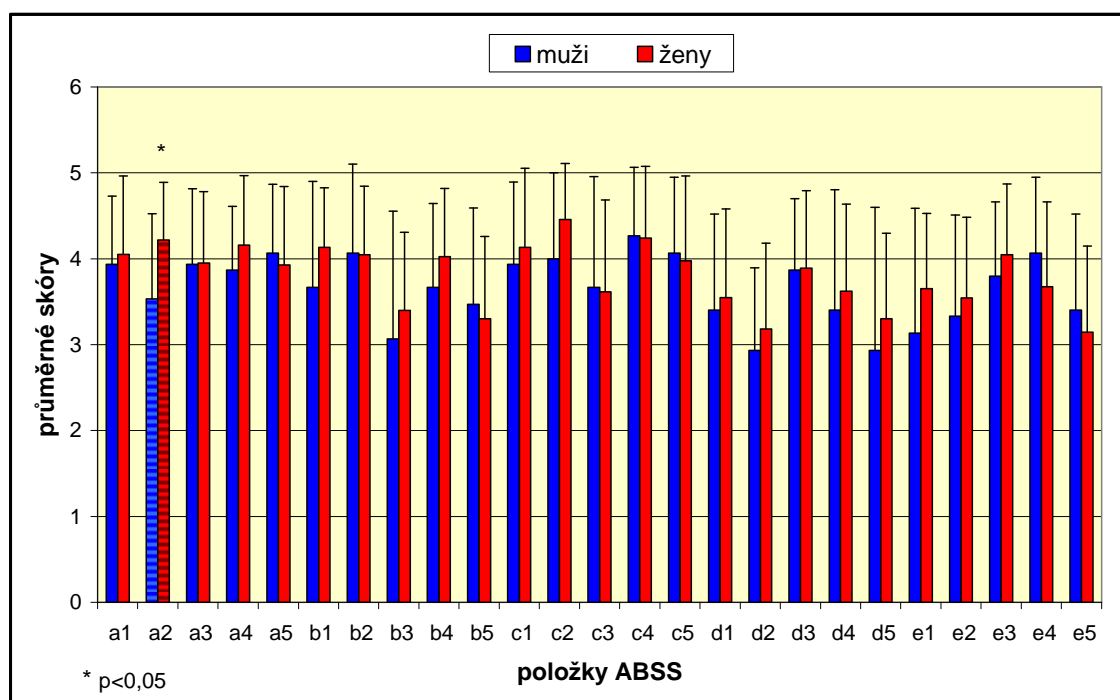
Graf 1: Rozdíly mezi muži a ženami v subškálách dotazníku ABSS



V následné analýze byly studovány detailně jednotlivé položky dotazníku. V jednotlivých položkách dotazníku ABSS se neobjevil statistický významný rozdíl mezi ženami a muži, kromě položky:

- a-2:** „Během supervize je podstatné cítit bezpečí, přijetí, posílení“ ve které mají ženy statisticky významně vyšší průměrný skóre (Mann-Whitney test: Mann Whitney $U=370,5$; $p<0,05$)

Graf 2: Rozdíly mezi ženami a muži v jednotlivých položkách dotazníku ABSS



Preference položek v subškálách

V **subškále A u mužů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-1 (33,3%), na druhém místě a-3 (25%), na posledním místě preferencí je pak položka a-2 (66,7%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují u mužů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=38.61$, 16; $p<0,005$).

V **subškále A u žen** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-2 (31,6%) a nejméně položka a-5 (poslední místo v preferencích u 43,4%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují u žen vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=53.29$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími jsou patrné statisticky významné **rozdíly mezi muži a ženami** u těchto položek:

a-2 „Během supervize je podstatné cítit bezpečí, přijetí, posílení“ je položka preferovaná na prvním místě u 8,3% mužů (na posledním místě preference je u 66,7%) a u 31,6% žen. Při porovnání četností preferencí v subškále A mezi pohlavími je rozdíl statisticky vysoce významný ($\chi^2=18.37$, 4; $p<0,001$) (viz. Graf 2).

a-5 „Během supervize je podstatné mít dost svobody k rozvíjení vlastního porozumění“. Tuto položku pokládá za nejméně důležitou v subškále A 43,4% žen a ale jen 8,3% mužů. Při porovnání četností preferencí v subškále A mezi pohlavími je rozdíl statistiky významný ($\chi^2 = 9.539, 4; p < 0,05$) (viz. Graf 4).

V **subškále B u mužů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (50% na prvním místě), nejméně pak položka b-5 (33,3% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u mužů statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 27.50, 16; p < 0,05$).

V **subškále B u žen** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (39,5%) a nejméně často položka b-5 (na posledním místě preferenci u 48,7%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u žen vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 162.2, 16; p < 0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími jsou patrné statisticky významné **rozdíly mezi muži a ženami** u těchto položek:

b-1 „Během supervize je důležité se naučit lépe plánovat a používat jednotlivé KBT strategie“. Tato položka je na prvním místě preferencí v subškále B u 34,2% žen a na druhém místě u 39,5% žen, zatímco u mužů je na prvním místě pouze u 16,7% respondentů a na druhém u 25% respondentů. Při porovnání četností preferencí v subškále B mezi pohlavími je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 = 10.54, 4; p < 0,05$) (viz. Graf 2).

b-2 „Během supervize je důležité naučit se lépe rozumět příběhu klienta a umět jej konceptualizovat v KBT pojmech“. Tuto položku nejvíce preferují na prvním místě subškály B jak muži (50%) tak ženy (39,4%). Nicméně druhá polovina mužů ji odsouvá až na poslední 3 místa preferencí, zatímco u žen se objevuje na prvních dvou preferenčních místech ve 64,5%. Při porovnání četností preferencí ve subškále B mezi pohlavími je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 = 11.23, 4; p < 0,05$) (viz Graf 2).

b-5 „Během supervize je důležité vidět, jak supervizor používá KBT strategie při práci se mnou“. Tato položka je u žen nejméně preferována v rámci subškály B (ve 48,7% na posledním místě a ve 27,7% na předposledním místě). U mužů je také preferována nejméně (ve 33,3% na posledním místě), ovšem větší polovina mužů ji dává vyšší preference. Při porovnání četností preferencí v subškále B

mezi pohlavími je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 = 10.80, 4; p < 0,05$) (viz. Graf 2).

V **subškále C u mužů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka c-2 (25% na prvním místě a 33,3% na druhém místě) a nejméně položka c-3 (50% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u mužů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 71.16, 16; p < 0,0001$).

V **subškále C u žen** je nejčastěji na prvním místě preferována položka c-2 (30,3%) a nejméně často položka c-3 (na posledním místě preferencí u 35,5,7%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u žen vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 71.16, 16; p < 0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími je patrný statisticky významný **rozdíl mezi muži a ženami** u položky:

c-1 „Během supervize je podstatné, aby se zvyšovala moje sebedůvěra coby psychoterapeuta“. Tato položka je druhá nejčastější preferovaná podle preferencí z jednotlivých položek subškály C u žen (28,9% na druhém místě 19,7% na druhém místě), zatímco méně preferována muži (na prvních dvou místech pouze 25%). Při porovnání četností preferencí v subškále B mezi pohlavími je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 = 9.508, 4; p < 0,05$) (viz Graf 2).

V **subškále D u mužů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-1 (33,3% na prvním místě a 25% na druhém místě) a nejméně položka d-5 (66,7% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u mužů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 43.44, 16; p < 0,0005$).

V **subškále D u žen** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-1 (38,1%) a nejméně často položka d-5 (na posledním místě preferencí u 47,47%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u žen vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2 = 83.42, 16; p < 0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími nebyl nalezen statisticky významný **rozdíl mezi muži a ženami** v žádné z položek.

V **subškále E u mužů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-3 (41,7% na prvním místě) a nejméně položka e-5 (41,7% na posledním místě). Rozdíly

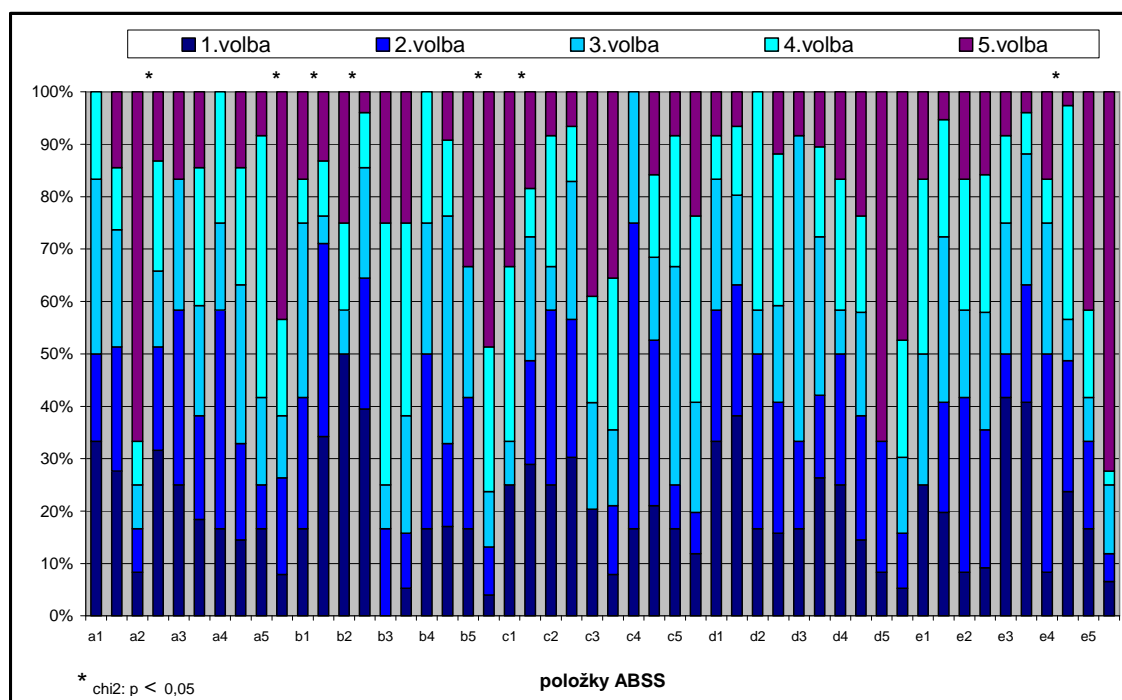
mezi položkami v jejich preferencích u subškály E nedosahují u mužů statistické významnosti.

V subškále E u žen je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-3 (40,8%) a nejméně často položka e-5 (na posledním místě preferencí u 72,4%). Na rozdíl od mužů, rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály E dosahují u žen vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=222.42$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími je patrný statisticky významný **rozdíl mezi muži a ženami** u položky:

e-4 „Během supervize je podstatné porozumění souvislostem mezi dalšími vztahy v rodině a na pracovišti a vztahu s klientem“. Tato položka je častěji preferována muži než ženami. U mužů je nejčastěji na druhém, u žen až na čtvrtém místě. Při porovnání četností preferencí v subškále B mezi pohlavími je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 =12.65$, 4; $p<0,05$) (viz. Graf 2).

Graf 3: Rozdíly mezi ženami a muži v pořadí preference jednotlivých položek dotazníku ABSS - procentuální zastoupení jednotlivých voleb



Rozdíly mezi profesemi

Další otázka, kterou jsem se zabývala, byla, zda se v hodnocení dotazníku ABSS mezi sebou liší účastníci s různým profesním zázemím. Skupiny podle profesí se od sebe neliší věkem (one-way ANOVA; $f= 0,1984$ $df=100$; n.s.), ale odlišují se celkovou

délkou praxe v měsících (Kruskal-Wallis: KW stat = 13,01 $p < 0,05$; Dunnův mnohočetný srovnávací test: délka praxe sester a speciálních pedagogů aj. $p < 0,05$, ostatní srovnání n.s.) Toto hodnocení je však málo spolehlivé, protože jednotlivců v některých pomáhajících profesích bylo relativně málo.

Tabulka 10: Hodnocení dotazníku ABSS různými pomáhajícími profesemi - subškály

	Věk	délka praxe	A (vztah)	B (dovednosti)	C (sebereflexe)	D (struktura)	E (proces)
Psycholog	34,20 ± 9,23	85,07 ± 111,60	20,24 ± 2,13	18,85 ± 3,16	20,15 ± 4,06	17,61 ± 3,17	17,96 ± 3,94
Psychiatr	34,47 ± 6,67	99,76 ± 77,75	15,35 ± 8,93	14,71 ± 7,11	15,65 ± 7,83	12,12 ± 6,63	14,47 ± 7,21
Sestra	34,11 ± 9,88	142,60 ± 83,00	21,44 ± 1,13	19,89 ± 2,15	21,44 ± 1,88	17,11 ± 3,44	17,78 ± 1,92
Sociální pracovník	34,75 ± 7,48	99,13 ± 75,26	19,50 ± 1,41	16,75 ± 1,75	20,38 ± 1,30	17,75 ± 1,49	17,25 ± 3,20
Speciální pedagog							
aj.	32,57 ± 5,70	57,67 ± 68,18	19,71 ± 2,28	19,43 ± 2,52	21,19 ± 2,04	18,14 ± 3,17	18,81 ± 2,66
statistika	one-way ANOVA	Kruskal-Wallisův test	one-way ANOVA	one-way ANOVA	one-way ANOVA	one-way ANOVA	one-way ANOVA
	n.s.	p < 0,05	n.s.	n.s.	n.s.	p < 0,05	n.s..

Při porovnání subškály **A** (vztah) mezi jednotlivými profesemi nebyly rozdíly statisticky významné, i když se ke statistické významnosti blížily (one-way ANOVA: $f=1,4$ $df=96$; n.s.) (Tabulka 10, Graf 4).

U subškály **B** (dovednosti) se rozdíl mezi profesemi blíží ke hladině statistické významnosti, nedosahuje ji však (one-way ANOVA: $f=2,305$ $df=97$; n.s./ $p=0,064$ /).

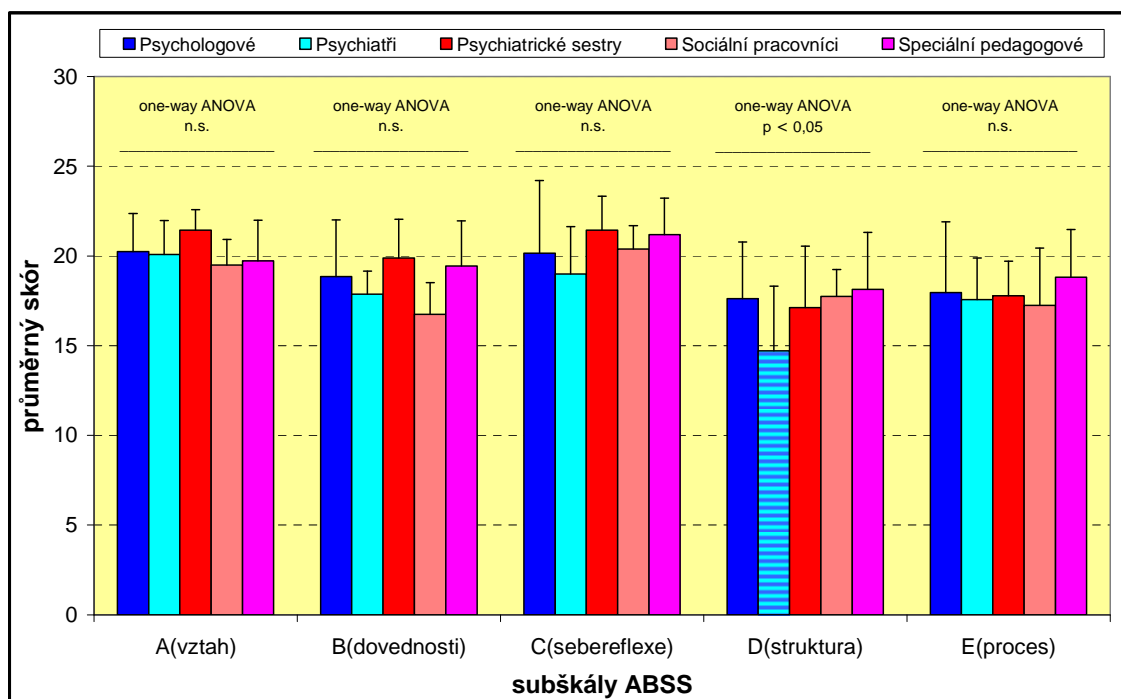
Při hodnocení subškály **C** (sebereflexe) nebyl opět mezi profesemi nalezen statisticky významný rozdíl (one-way ANOVA; $f=1,288$ $df=97$; n.s.).

Ovšem při hodnocení subškály **D** (struktura) byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými profesními skupinami (one-way ANOVA; $f=2,867$ $df=97$; $p < 0,05$).

Při post hoc analýze pomocí Tukeyova mnohočetného srovnávacího testu se ukázalo, že statisticky významně nižší průměrné skóry v této subškále má skupina psychiatrů ve srovnání s psychology ($p < 0,05$), psychiatrickými sestrami ($p < 0,05$), sociálními pracovníky ($p < 0,05$) i speciálními pedagogy aj. ($p < 0,05$). Ostatní skupiny profesí se mezi sebou statisticky významně v této subškále nelišily.

Při hodnocení subškály **E** (proces) nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi jednotlivými profesními skupinami (one-way ANOVA; $f=0,4908$ $df=97$; n.s.).

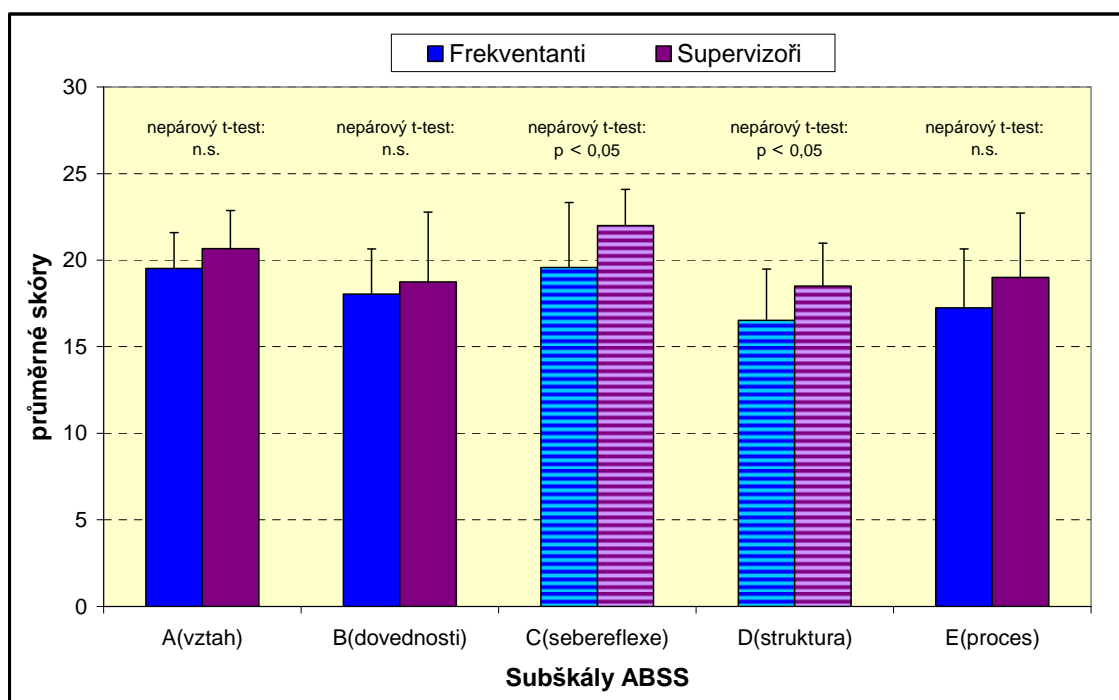
Graf 4: Porovnání subškál ABSS mezi různými pomáhajícími profesemi



3.3.3. Rozdíly mezi skupinou výcviku v supervizi (Supervizoři) a účastníky základního KBT výcviku (Frekventanti)

Při porovnání hodnocení v jednotlivých subškálách dotazníku ABSS byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi Supervizory a Frekventanty (Mírně pokročilí plus Pokročilí) v subškále **C** (sebereflexe) na 5% hladině statistické významnosti (nepárový t-test: $t=2,146$ $df=63$; $p < 0,05$) a subškále **D** (struktura) také na 5% hladině statistické významnosti (nepárový t-test: $t=2,146$ $df=63$; $p < 0,05$), které skupina Supervizorů hodnotí jako více důležité než skupina Frekventantů (Tabulka 11, Graf 5). Mezi Supervizory a Frekventanty nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve skórech v subškálách **A** (vztah), **B** (dovednosti) a **E** (proces), které obě skupiny pokládají za podobně významné (nepárové t-testy: všechny n.s.).

Graf 5: Průměrné skóry subškál ABSS – porovnání Supervizorů s Frekventanty



Tabulka 11: Průměrné skóry a směrodatné odchylky u Supervizorů a Frekventantů v jednotlivých subškál ABSS

	A (vztah)	B (dovednosti)	C (sebereflexe)	D (struktura)	E (proces)
Frekventanti	19,51 ± 2,08	18,04 ± 2,61	19,58 ± 3,75	16,53 ± 2,95	17,25 ± 3,40
Supervizoři	20,67 ± 2,19	18,75 ± 4,03	22,00 ± 2,09	18,33 ± 2,50	19,00 ± 3,72
nepárový t-test	t=1,162 df=62 n.s.	t=0,7666 df=63 n.s.	t=2,146 df=63 p < 0,05	t=2,146 df=63 p < 0,05	t=1,589 df=63 n.s.

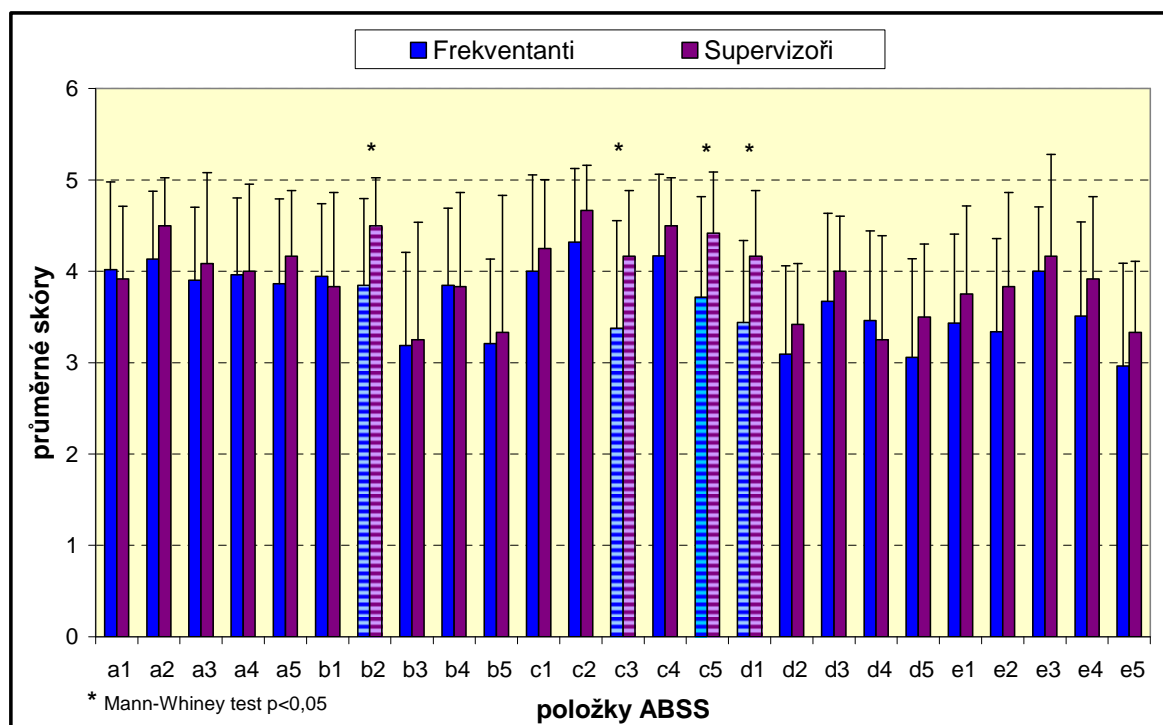
Analýza jednotlivých položek dotazníku ABSS mezi skupinou Supervizorů a Frekventantů

Protože subškály nemusí zachytit detailnější rozdíly mezi skupinami, byla následně provedená analýza jednotlivých položek dotazníků ABSS. Mezi skupinou Supervizorů a Frekventantů se ukázaly statisticky významné rozdíly v následujících položkách:

- b-2** „Během supervize je důležité naučit se lépe rozumět příběhu klienta a umět jej konceptualizovat v KBT pojmech“. V této položce jde rozdíl na vrub významně vyššímu skóru ve skupině Supervizorů oproti Frekventantům (Mann Whitney U = 195; p<0,05).

- c-3** „Během supervize je podstatné, abych se naučil/a zvážit své síly, nepřetěžoval/a se a neohrožoval/a vyhořením“. Skupina Supervizorů se ve svém vyšším průměrném skóru statisticky významně liší od skupiny Frekventantů (Mann Whitney U = 192; $p < 0,05$)
- c-5** „Během supervize je podstatné, abych nevědomky nekořistil na klientovi ani se nenechal zneužívat“. V této položce skupina Supervizorů dosahuje významně vyššího průměrného skóru než skupina Frekventantů (Mann Whitney U = 201,5; $p < 0,05$)
- d-1** „Během supervize je podstatné jasné stanovení problémů a cílů, o které v supervizním setkání půjde“. Skupina Supervizorů se svým vyšším průměrným skórem statisticky významně liší od skupiny Frekventantů (Mann Whitney U = 176; $p < 0,05$).

Graf 6: Průměrné skóry položek ABSS – porovnání Supervizorů s Frekventanty



Ve všech ostatních položkách dotazníku ABSS se skupina Supervizorů v průměrných skórech statisticky významně neodlišuje od skupiny Frekventantů.

Preference položek v subškálách

V **subškále A u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-2 (37,8%) a na posledním místě preferencí je pak položka a-5 (42,2%).

Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují u frekventantů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=65.37, 16; p<0,0001$).

V **subškále A u Supervizorů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-2 (40,0%) a nejméně položka a-5 (poslední místo v preferencích u 30,0%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A však nedosahují statisticky významného rozdílu ($\chi^2=21.00, 16; n.s.$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek mezi skupinami nebyly zjištěny v této subškále žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Supervizory**.

V **subškále B u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (42,2% na prvním místě), nejméně pak položka b-5 (44,4% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u Frekventantů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=89.01, 16; p<0,0001$).

V **subškále B u Supervizorů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka b-2 (60,0%) a nejméně často položka b-3 (na posledním místě preferenci u 40,0%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u Supervizorů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=38.89, 16; p<0,005$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v subškále B mezi skupinami nebyly zjištěny žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Supervizory**.

V **subškále C u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka c-2 (33,3% na prvním místě) a nejméně položka c-3 (40,0% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=61.56, 16; p<0,0001$).

V **subškále C u Supervizorů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka c-4 (40,0%) a nejméně často položka c-3 (na posledním místě preferencí u 70,0%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u Supervizorů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=39.42, 16; p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v subškále C nebyly zjištěny žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Supervizory**.

V **subškále D u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka d-1 (40,0% na prvním místě) a nejméně položka d-5 (55,6% na posledním místě).

Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=85.98$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále D u Supervizorů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka d-1 (60,0%) a nejméně často položka d-5 (na posledním místě preferencí u 40,0%). Rozdíly mezi položkami v preferencích u subškály D nedosahují u Supervizorů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=25.76$, 16; n.s./ $p=0,058/$).

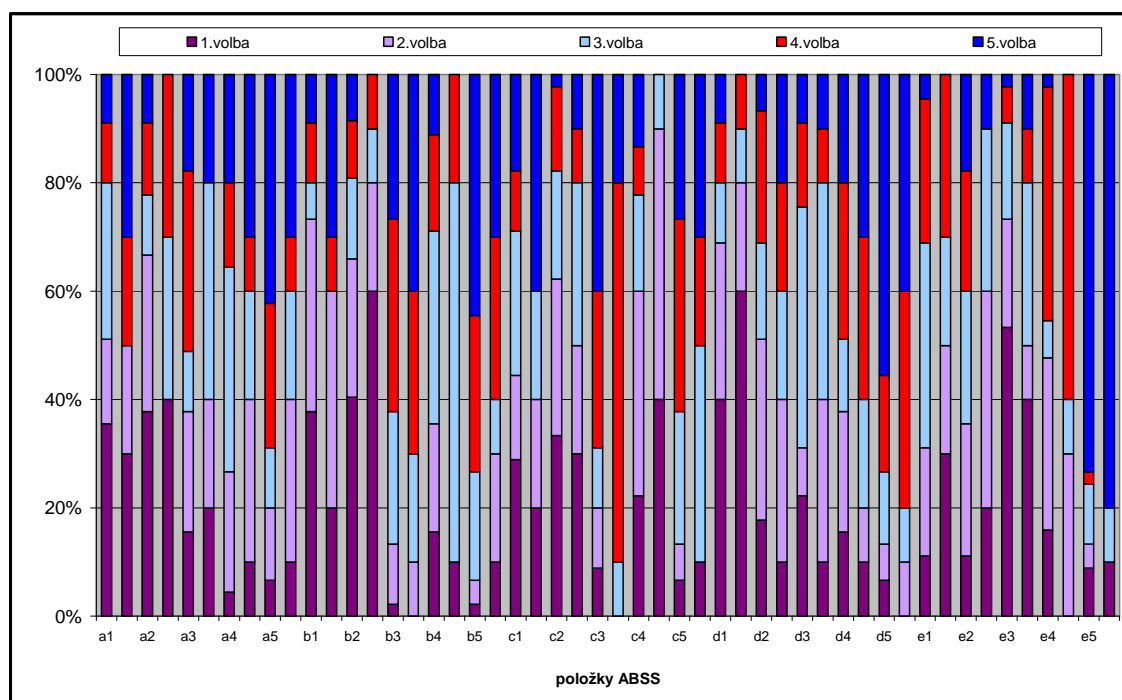
Při srovnání preferencí jednotlivých položek v C subškále nejsou patrné žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Supervizory**.

V **subškále E u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka e-3 (53,3% na prvním místě) a nejméně položka e-5 (73,3% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály E dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=161.1$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále E u Supervizorů** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka e-3 (40,0%) a nejméně často položka e-5 (na posledním místě preferencí u 80,0%). Rozdíly mezi položkami v preferencích u subškály E dosahují u Supervizorů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=48.00$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále nejsou mezi **Frekventanty a Supervizory** statisticky významné **rozdíly**.

Graf 7: Rozdíly mezi Frekventanty a Superizory v pořadí preference jednotlivých položek dotazníku ABSS – procentuální zastoupení jednotlivých voleb



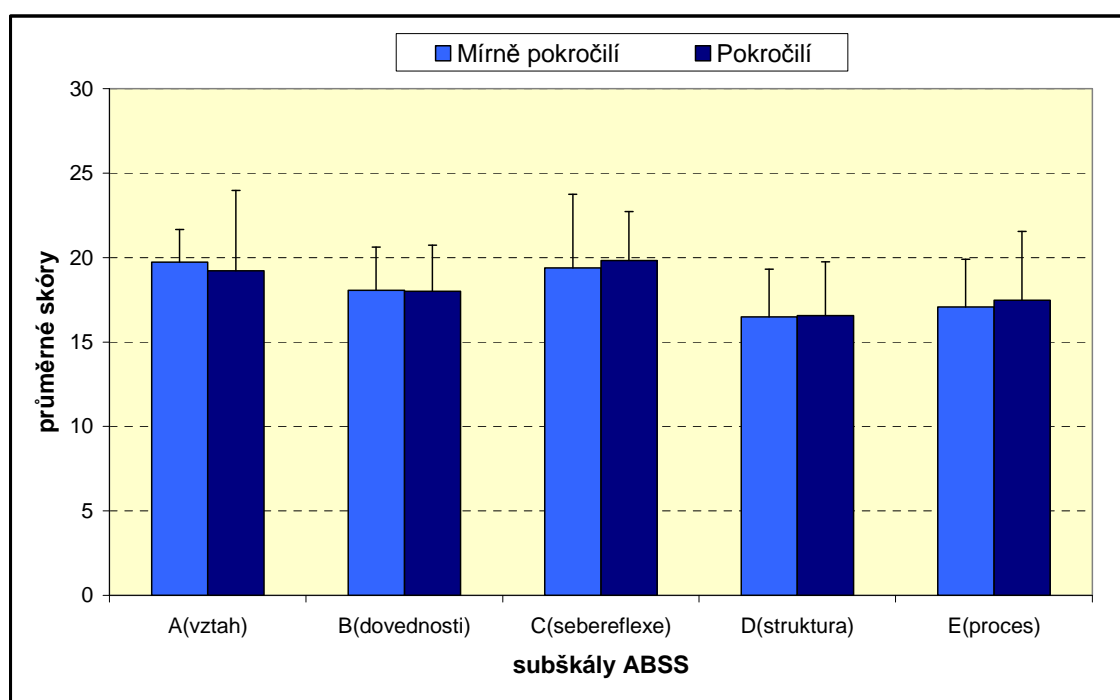
3.3.4. Rozdíly podle pokročilosti výcviku (Mírně pokročilí a Pokročilí)

Mezi **Mírně pokročilými** a **Pokročilými** není statisticky významný rozdíl v jednotlivých subškálách dotazníků ABSS (vše nepárový t-test: n.s.). Průměry jednotlivých subškál jsou téměř stejně velké, jak je vidět v Tabulce 12 a na Grafu 8.

Tabulka 12: Průměrné skóry subškál ABSS – porovnání Mírně pokročilých a Pokročilých

	A (vztah)	B (dovednosti)	C (sebereflexe)	D (struktura)	E (proces)
Mírně pokročilí	19,73 ± 1,93	18,07 ± 2,56	19,4 ± 4,34	16,5 ± 2,83	17,07 ± 2,83
Pokročilí	19,22 ± 4,76	18 ± 2,73	19,83 ± 2,89	16,57 ± 3,17	17,48 ± 4,08
nepárový t-test	t=0.5402 df=51 n.s.	t=0.09132 df=51 n.s.	t=0.4062 df=51 n.s.	t=0.07894 df=51 n.s.	t=0.4338 df=51 n.s.

Graf 8: Průměrné skóry subškál ABSS – porovnání Mírně pokročilých a Pokročilých

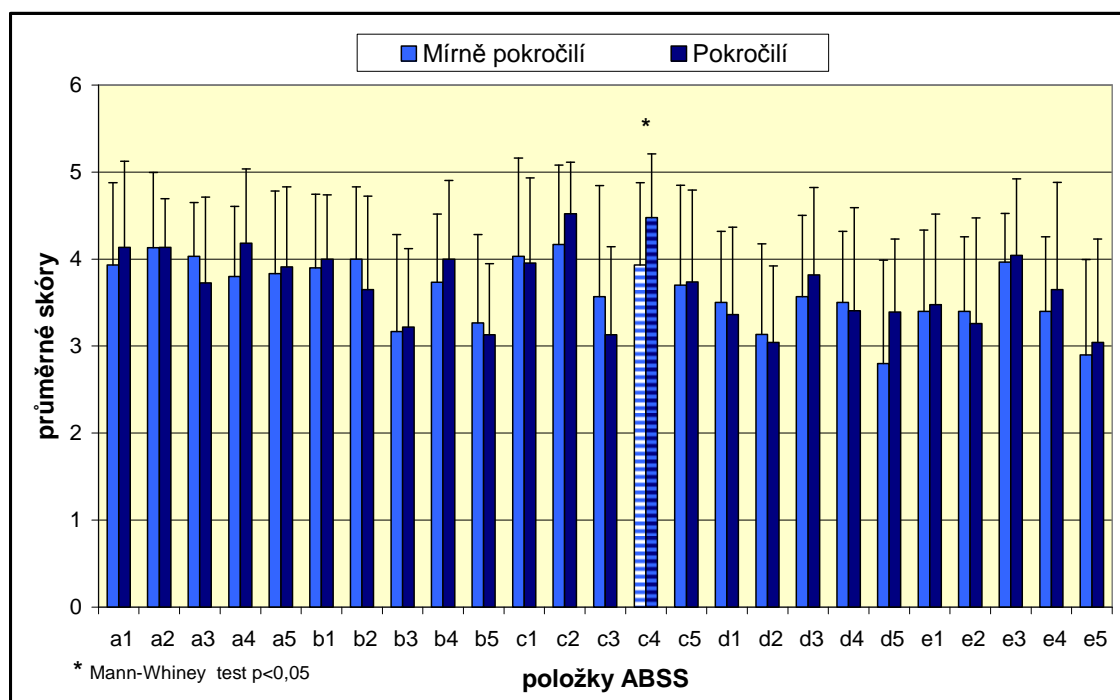


Rozdíly mezi Pokročilými a Mírně pokročilými v jednotlivých položkách ABSS

Protože nebylo jasné, zda uvnitř subškál nejsou ukryty nějaké rozdíly mezi skupinou Pokročilých a Mírně pokročilých, v další analýze byly dále hodnoceny samostatně jednotlivé položky ABSS pomocí neparametrického Mann-Whitney testu. Při této analýze byly nalezeny dva statisticky významné rozdíly s vyššími průměrnými skóry u Pokročilých a to v následujících položkách:

- c-4** „Během supervize je podstatné, abych si uvědomoval, kdy jsou moje chápání, emoce nebo chování spíše o mně než o klientovi a naopak“ (Mann-Whitney; MW $U=220$; $p<0,05$).

Graf 9: Rozdíly v jednotlivých položkách dotazníku ABSS mezi Pokročilými a Mírně pokročilými



Preference položek v subškálách

V **subškále A u Mírně pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-2 (na prvním místě u 33,3%) a na posledním místě preferencí je pak položka a-5 (na posledním místě u 33,3%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A nedosahují u Mírně pokročilých statisticky významného rozdílu ($\chi^2=25.83, 16; n.s.$).

V **subškále A u Pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka a-2 (42,9%) a nejméně položka a-5 (poslední místo v preferencích u 52,4%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují u Pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=60.19, 16; p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi skupinami nejsou patrné žádné statisticky významné **rozdíly mezi Mírně pokročilými a Pokročilými**.

V **subškále B u mírně pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (54,2% na prvním místě), neméně pak položka b-5 (45,8% na posledním

místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u mírně pokročilých statisticky významného rozdílu ($\chi^2=57.08$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále B u Pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-1 (61,9%) a nejméně často položka b-5 (na posledním místě preferencí u 42,9%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u Pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=74.44$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími jsou patrné statisticky významné **rozdíly mezi Mírně pokročilými a Pokročilými** u těchto položek:

b-1 „Během supervize je důležité se naučit lépe plánovat a používat jednotlivé KBT strategie“. Při porovnání četností preferencí v subškále B mezi skupinami je rozdíl statisticky významný ($\chi^2 =10.14$, 4; $p<0,05$) (viz Graf 9).

V **subškále C u Mírně pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka c-2 (33,3%) a nejméně položka c-3 (ve 33,3% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C nedosahují u Mírně pokročilých statisticky významného rozdílu ($\chi^2=23.78$, 16; n.s.).

V **subškále C u Pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferovaná položka c-2 (33,3%) a nejméně často položka c-3 (na posledním místě preferencí u 47,6,7%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u Pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=61.63$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi skupinami není statisticky významný rozdíl.

V **subškále D u Mírně pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-1 (33,3%) a nejméně položka d-5 (v 66,7% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u Mírně pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=60.00$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále D u Pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-1 (47,6%) a nejméně často položka d-5 (na posledním místě preferencí u 42,9%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u Pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=40.11$, 16; $p<0,001$).

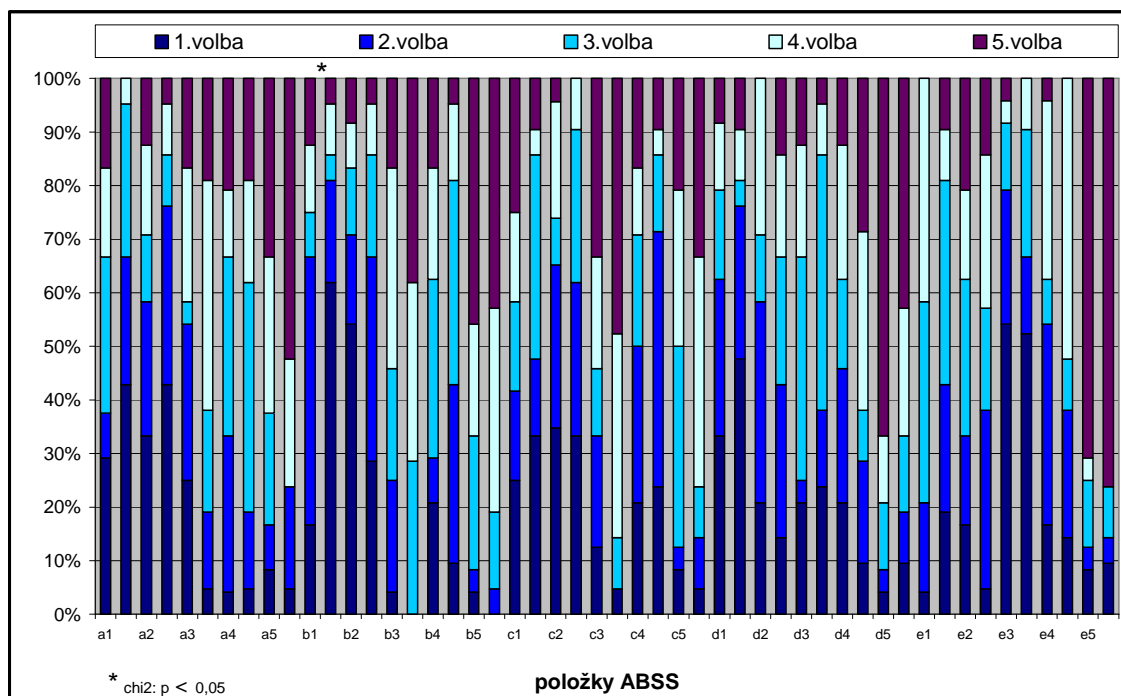
Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi skupinami nebyl nalezen statisticky významný **rozdíl mezi Mírně pokročilými a Pokročilými** v žádné z položek.

V **subškále E u mírně pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-3 (54,2% na prvním místě) a nejméně položka e-5 (70,8% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály E dosahují u Mírně pokročilých vysoké hodnoty statistické významnosti ($\chi^2=89.58, 16; p<0,0001$).

V **subškále E u Pokročilých** je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-3 (52,4%) a nejméně často položka e-5 (na posledním místě preferencí u 76,2%). Rozdíly mezi položkami v preferencích u subškály E dosahují u Pokročilých vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=87.14, 16; p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále mezi pohlavími nebyl zjištěn statisticky významný **rozdíl mezi Mírně pokročilými a Pokročilými**.

Graf 10: Rozdíly mezi Mírně pokročilými a Pokročilými v pořadí preference jednotlivých položek dotazníku ABSS – procentuální zastoupení jednotlivých voleb



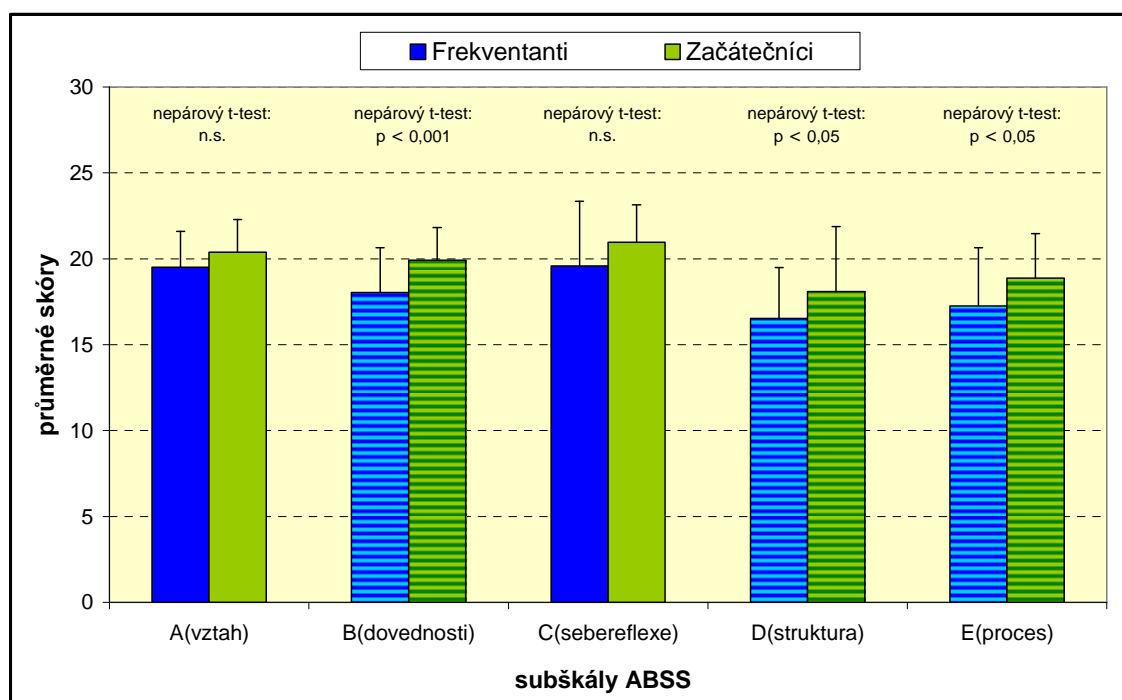
3.3.5. Rozdíl mezi účastníky základního výcviku (Frekventanti) a mezi zájemci o výcvik (Začátečníci)

Mezi Frekventanty a Začátečníky je statisticky významný rozdíl v průměrných skórech subškál B (nepárový t-test: $t=3.565$ $df=84$; $p < 0,001$), D (nepárový t-test: $t=1.925$ $df=84$; $p < 0,05$) a E (nepárový t-test: $t=2.367$ $df=84$; $p < 0,05$), kdy tyto průměrné skóre jsou vyšší u Začátečníků než u Frekventantů (viz Tabulka 13, Graf 11).

Tabulka 13: Průměrné skóre a směrodatné odchylky u Frekventantů a Začátečníků u jednotlivých subškál ABSS

	A (vztah)	B (dovednosti)	C (sebereflexe)	D (struktura)	E (proces)
Frekventanti	19,51 ± 2,08	18,04 ± 2,61	19,58 ± 3,75	16,53 ± 2,95	17,25 ± 3,40
Začatečníci	20,39 ± 1,90	19,91 ± 1,91	20,97 ± 2,17	18,09 ± 3,79	18,88 ± 2,58
nepárový t-test	$t=1.135$ $df=83$ n.s.	$t=3.565$ $df=84$ $p < 0,001$	$t=1.925$ $df=84$ n.s.	$t=2.139$ $df=84$ $p < 0,05$	$t=2.367$ $df=84$ $p < 0,05$

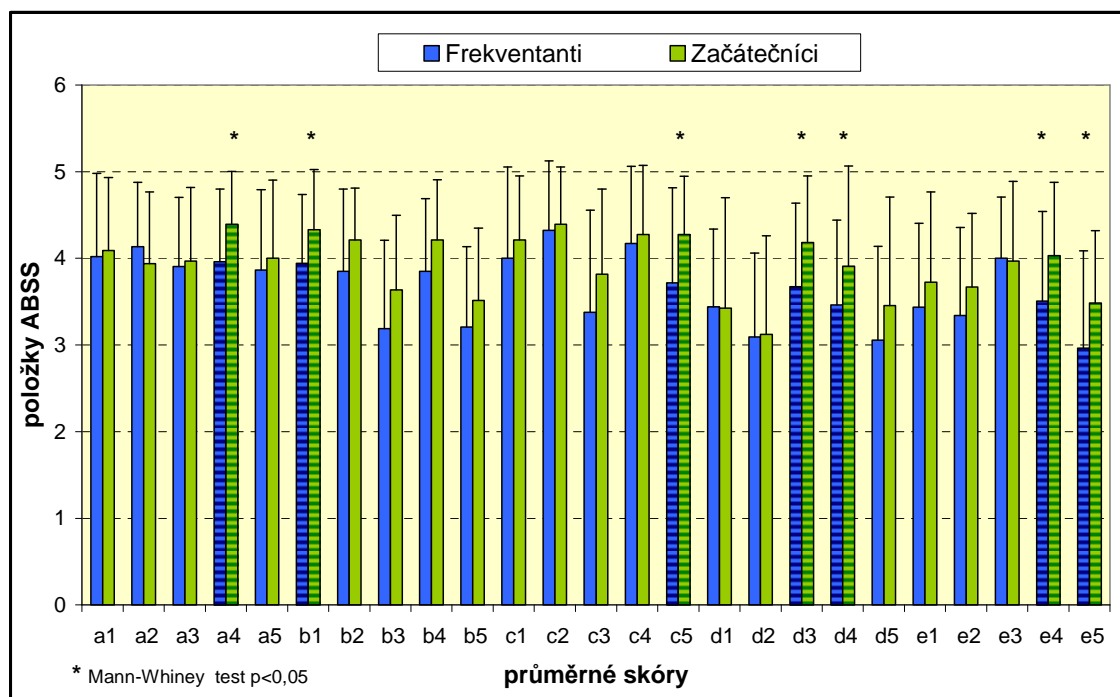
Graf 11: Průměrné skóre subškál ABSS – porovnání Frekventantů se Začátečníky



V následné analýze byly studovány detailně jednotlivé položky dotazníku ABSS. V jednotlivých položkách dotazníku ABSS se objevil statistický významný rozdíl Frekventantů a Začátečníků v položkách:

- a-4** „Během supervize je podstatné dostat negativní zpětnou vazbu na chyby, které dělám, abych je mohl napravit“ (Mann-Whitney test: Mann Whitney U=617; $p < 0,05$).
- b-1** „Během supervize je důležité se naučit lépe plánovat a používat jednotlivé KBT strategie“ (Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 638; $p < 0,05$).
- c-5** „Během supervize je podstatné, abych nevědomky nekořistil na klientovi ani se nenechal zneužívat“. V této položce skupina Začátečníci dosahuje významně vyššího průměrného skóru než skupina Frekventanti (Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 624; $p < 0,05$).
- d-3** „Během supervize je podstatné, aby všem účastníkům supervize bylo jasné, proč byly použity některé strategie, a jaký je výsledek intervence“ Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 607; $p < 0,05$).
- d-4** „Během supervize je podstatná svoboda podávat zpětnou vazbu, kontrolovat průběh supervize a mít právo veta pro supervizanta“ (Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 593; $p < 0,05$).
- e-4** „Během supervize je podstatné porozumění souvislostem mezi dalšími vztahy v rodině a na pracovišti a vztahu s klientem“ (Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 632; $p < 0,05$).
- e-5** „Během supervize je podstatné porozumění širším společenským, etnickým, kulturním a třídním souvislostem práce s klienty (Mann-Whitney test: Mann Whitney U = 646; $p < 0,05$).

Graf 12: Rozdíly v jednotlivých položkách dotazníku ABSS mezi Frekventanty a Začátečníky



Preference položek v subškálách

V **subškále A u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-2 (37,8%) a na posledním místě preferencí je pak položka a-5 (42,2%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují u Frekventantů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=65.37, 16; p<0,0001$).

V **subškále A u Začátečníků** je nejčastěji na prvním místě preferována položka a-4 (33,30%) a nejméně položka a-2 (poslední místo v preferencích u 42,4%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály A dosahují statisticky významného rozdílu ($\chi^2=39.39, 16; p<0,001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek mezi skupinami byly zjištěny v této subškále statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Začátečníky v položkách:**

a-2: „Během supervize je podstatné cítit bezpečí, přijetí, posílení“, kterou preferují častěji Frekventanti ($\chi^2=18.85, 4; p<0,001$);

a-4: „Během supervize je podstatné dostat negativní zpětnou vazbu na chyby, které dělám, abych je mohl napravit“, kterou častěji preferují Začátečníci ($\chi^2=19.26$, 4; $p<0,001$).

V **subškále B u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (42,2% na prvním místě), nejméně pak položka b-5 (44,4% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u Frekventantů statisticky významného rozdílu ($\chi^2=89.01$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále B u Začátečníků** je nejčastěji na prvním místě preferována položka b-2 (33,3%) a nejméně často položka b-5 (na posledním místě preferencí u 54,5%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály B dosahují u Začátečníků vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=52.23$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek mezi skupinami byly zjištěny v této subškále statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Začátečníky v položkách:**

b-5: „Během supervize je důležité vidět, jak supervizor používá KBT strategie při práci se mnou“, kterou sice obě skupiny preferovali vůbec nejméně, ale v dalších pořadích byla přece jen častěji preferována u Začátečníků ($\chi^2=11.49$, 4; $p<0,05$).

V **subškále C u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka c-2 (33,3% na prvním místě) a nejméně položka c-3 (40,0% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=61.56$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále C u Začátečníků** je nejčastěji na prvním místě preferována položka c-1 (30,3%) a nejméně často položka c-3 (na posledním místě preferencí u 39,4%). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály C nedosahují u Začátečníků statistické významnosti ($\chi^2=24.85$, 16; n.s.).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v subškále C nebyly zjištěny žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Začátečníky.**

V **subškále D u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-1 (40,0% na prvním místě) a nejméně položka d-5 (55,6% na posledním

místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály D dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=85.98$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále D u Začátečnicků** je nejčastěji na prvním místě preferována položka d-3 (33,3%) a nejméně často položka d-5 (na posledním místě preferenci u 45,5%). Rozdíly mezi položkami v preferencích u subškály D dosahují u Začátečnicků statisticky významného rozdílu ($\chi^2=44.55$, 16; $p<0,0005$).

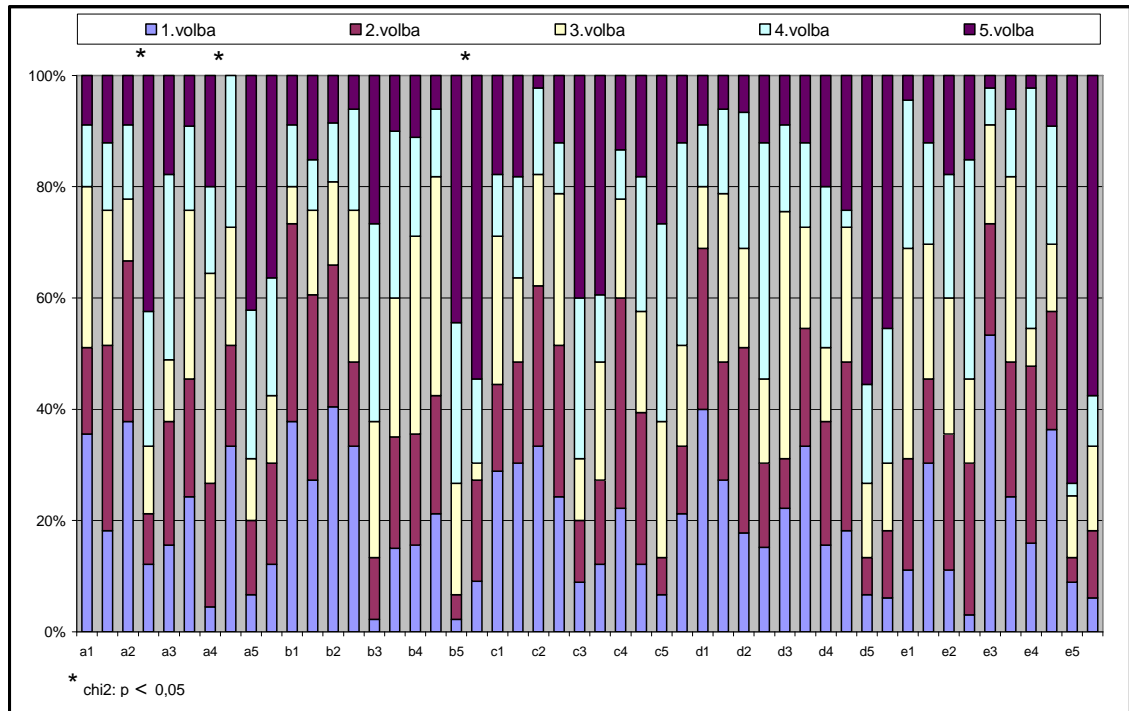
Při srovnání preferencí jednotlivých položek v C subškále nejsou patrné žádné statisticky významné **rozdíly mezi Frekventanty a Začátečnický**.

V **subškále E u Frekventantů** je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-3 (53,3% na prvním místě) a nejméně položka e-5 (73,3% na posledním místě). Rozdíly mezi položkami v jejich preferencích u subškály E dosahují u Frekventantů vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=161.1$, 16; $p<0,0001$).

V **subškále E u Začátečnicků** je nejčastěji na prvním místě preferována položka e-4 (36,4%) a nejméně často položka e-5 (na posledním místě preferencí u 57,6%). Rozdíly mezi položkami v preferencích u subškály E dosahují u Začátečnicků vysoce statisticky významného rozdílu ($\chi^2=61.62$, 16; $p<0,0001$).

Při srovnání preferencí jednotlivých položek v této subškále nejsou mezi **mezi Frekventanty a Začátečnický** statisticky významné **rozdíly**.

Graf 12: Rozdíly mezi Frekventanty a Začátečníky v pořadí preference jednotlivých položek dotazníku ABSS – procentuální zastoupení jednotlivých voleb



3.3.6. Vztah mezi subškálami dotazníku ABSS a kompetencemi supervizora hodnocenými SCQ

U jednotlivých Supervizorů byly jejich výcvikové kompetence ve vedení supervize hodnoceny pomocí dotazníku SCQ (Dotazník kompetencí supervizora). Jednotlivé subškály dotazníku ABSS (subjektivní postoje a očekávání od supervize) byly pak korelovány s jednotlivými položkami SCQ pomocí korelační analýzy (Pearsonovo r u dat s parametrickým rozložením, Spearmanovo r u dat s neparametrickým rozložením). Data také byla korelována s věkem a délkou praxe.

Tabulka 14: Průměrné skóry v dotazníku hodnocení kompetencí supervizora

Položka	SCQ-1	SCQ-2	SCQ-3	SCQ-4	SCQ-5	SCQ-6	SCQ-7	SCQ-8	SCQ-9	SCQ-10	SCQ-11	SCQ-12
průměr	7,909	7,091	7,182	6,000	6,182	7,364	6,636	6,364	6,636	7,909	8,273	6,545
SD	1,3	1,973	2,228	1,414	2,136	1,629	1,69	2,063	2,203	0,9439	0,6467	2,423
Položka	SCQ-13	SCQ-14	SCQ-15	SCQ-16	SCQ-17	SCQ-18	SCQ-19	SCQ-20	SCQ-21	SCQ-22	SCQ-23	SQ-24
průměr	7,182	6,545	7,091	5,727	7,000	6,727	7,273	4,909	7,182	4,727	7,091	nehodn
SD	1,328	0,6876	1,136	2,37	0,8944	2,005	1,272	2,343	1,25	2,005	1,868	-

Subškála **A** (vztah) významně pozitivně koreluje pouze se dvěma položkami SCQ: s položkou SCQ-15, která hodnotí kompetence supervizora v psychoedukaci (Pearsonovo $r=0,6752$; $p<0,05$) a s položkou SCQ-20, která hodnotí kompetenci supervizora v kognitivní restrukturalizaci v supervizním vztahu (Pearsonovo $r=0,4079$; $p<0,05$).

Subškála **B** (dovednosti) významně pozitivně koreluje se čtyřmi položkami SCQ: s položkou SCQ-5, která hodnotí Supervizorovu kompetenci při kladení otázek (Pearsonovo $r=0,6824$; $p<0,05$); SCQ-16, která hodnotí kompetenci používat v supervizi řízené objevování (Pearsonovo $r=0,7533$; $p<0,05$); SCQ-18, která hodnotí kompetenci nacviků dovedností (Pearsonovo $r=0,6632$; $p<0,05$) a SCQ-20, která hodnotí kompetenci v kognitivní restrukturalizaci (Pearsonovo $r=0,7778$; $p<0,01$).

Subškála **C** (sebereflexe) významně pozitivně koreluje s šesti položkami SCQ: s položkou SCQ-1, která hodnotí Supervizorovu kompetenci při utváření bezpečí pro supervizanta (Pearsonovo $r=0,7174$; $p<0,05$); SCQ-2, hodnotící kompetenci posilování supervizanta (Pearsonovo $r=0,6488$; $p<0,05$); SCQ-8, hodnotící kompetenci v podávání zpětné vazby (Pearsonovo $r=0,7244$; $p<0,05$); SCQ-15, hodnotící kompetenci psychoedukace (Pearsonovo $r=0,6991$; $p<0,05$); a SCQ-20, která hodnotí kompetenci v kognitivní restrukturalizaci (Pearsonovo $r=0,6427$; $p<0,05$), a konečně SCQ-22, hodnotící kompetenci práce v imaginaci (Pearsonovo $r=0,6427$; $p<0,01$).

Subškála **D** (struktura) nekoreluje s žádnou z položek SCQ.

Subškála **E** (proces) významně pozitivně koreluje dokonce s osmi položkami SCQ: SCQ-1, která hodnotí Supervizorovu kompetenci při utváření bezpečí pro supervizanta (Pearsonovo $r=0,8832$; $p<0,001$); SCQ-2, hodnotící kompetenci posilování supervizanta (Pearsonovo $r=0,8775$; $p<0,001$); SCQ-7, hodnotící kompetenci sebereflexe (Pearsonovo $r=0,8441$; $p<0,005$); SCQ-8, hodnotící kompetenci v podávání zpětné vazby (Pearsonovo $r=0,8917$; $p<0,005$); SCQ-10, hodnotící kompetenci v uplatňování etických aspektů (Pearsonovo $r=0,6937$; $p<0,05$); SCQ-15, hodnotící kompetenci psychoedukace (Pearsonovo $r=0,8786$; $p<0,001$); SCQ-12, hodnotící kompetenci hraní rolí (Pearsonovo $r=0,8163$; $p<0,005$); a konečně SCQ-22, hodnotící kompetenci práce v imaginaci (Pearsonovo $r=0,8094$; $p<0,005$).

Věk ani délka praxe nekorelují s žádnou z položek SCQ (Pearsonovo/Spearmanovo r u jednotlivých položek vždy n.s.)

3.3.7. Vztah mezi subškálami dotazníku ABSS a terapeutickými kompetencemi hodnocenými v TCQ

U jednotlivých Frekventantů byly jejich terapeutické kompetence hodnoceny pomocí dotazníku TCQ (Dotazník supervize v kognitivně behaviorální terapii terapeuta). Jednotlivé subškály dotazníku ABSS (subjektivní postoje a očekávání od supervize) byly pak korelovány s jednotlivými položkami TCQ pomocí korelační analýzy (Pearsonovo r u dat s parametrickým rozložením, Spearmanovo r u dat s neparametrickým rozložením). Data také byla korelována s věkem a délkou praxe.

Tabulka 15: Průměrné skóry v dotazníku supervize v KBT (TCQ)

položka	TCQ-1	TCQ-2	TCQ-3	TCQ-4	TCQ-5	TCQ-6	TCQ-7	TCQ-8	TCQ-9	TCQ-10
průměr	7,442	4,558	7,904	7,731	8,635	6,788	6,808	7,308	6,788	6,577
SD	2,071	2,313	1,575	1,773	1,085	1,84	1,657	1,566	1,719	1,872
položka	TCQ-11	TCQ-12	TCQ-13	TCQ-14	TCQ-15	TCQ-16	TCQ-17	TCQ-18	TCQ-19	TCQ-20
průměr	7,25	7,865	7,038	7,692	7,288	7,192	7,154	6,308	5,808	5,885
SD	1,888	1,597	1,847	1,884	1,893	1,805	2,127	2,397	2,327	2,494
položka	TCQ-21	TCQ-22	TCQ-23	TCQ-24	TCQ-25	TCQ-26	TCQ-27	TCQ-28	TCQ-29	TCQSum a
průměr	6,404	6,154	4,192	5,5	6,192	4,731	3,692	4,231	2,846	184,00
SD	2,26	2,623	2,87	2,314	2,597	3,425	3,122	3,24	2,321	55,95

Subškála **A** (vztah) nekoreluje s žádnou z položek TCQ.

Subškála **B** (dovednosti) významně pozitivně koreluje se třemi položkami TCQ: s položkou TCQ-4, která hodnotí terapeutovu kompetenci posilování (Pearsonovo $r=0,2897$; $p<0,05$); TCQ-9, která hodnotí terapeutovu kompetenci sebereflexe (Pearsonovo $r=0,2792$; $p<0,05$); TCQ-25, která hodnotí terapeutovu kompetenci nácviku sociálních dovedností (Pearsonovo $r=0,2836$; $p<0,05$).

Subškála **C** (sebereflexe) nekoreluje s žádnou z položek TCQ.

Subškála **D** (struktura) nekoreluje s žádnou z položek TCQ.

Subškála **E** (proces) významně koreluje pouze s položkou TCQ-4, která hodnotí terapeutovu kompetenci posilování (Pearsonovo $r=0,3390$; $p<0,05$).

Věk nekoreluje s žádnou z položek TCQ (Pearsonovo/Spearmanovo r u jednotlivých položek vždy n.s.). Délka praxe pozitivně koreluje s položkou TCQ-1, která hodnotí terapeutovu kompetenci při stanovení diagnózy (konceptualizace případu) (Pearsonovo $r=0,2807$; $p<0,05$).

3.4. Výsledky

Vliv demografických parametrů na postoje a očekávání od supervize:

1. Pozitivně koreluje **věk** s položkou a-5 (svoboda v rozvíjení vlastního porozumění) a d-1 (jasně stanovené problémy a cíle). Zdá se tedy, že čím byli účastníci starší, tím více očekávají od supervize svobodu k rozvíjení vlastního porozumění, zároveň však jasné stanovení problémů a cílů.
2. **Délka praxe** pozitivně koreluje s položkami d-1 (stanovení problémů a cílů), e-3 (práce s hlubšími postoji). Z toho se tedy dá vyvodit, že vysoce pravděpodobně s délkou praxe nabývají většího významu jasné postavení cílů a práce s hlubšími postoji.
3. Rozdíly mezi **ženami a muži** neukázaly v subškálách ABSS statisticky významné rozdíly. V jednotlivých položkách pak ženy výše hodnotily pouze položku a-2 (bezpečí, přijetí, posílení). Tuto položku rovněž ženy nejvíce preferovaly v rámci subškály A (vztah), nejméně pak preferovaly položku a-5 (svoboda k rozvíjení vlastního porozumění). V subškále B (dovednosti) pak významně častěji ženy než muži preferovaly položku b-1 (plánování strategií), b-2 (konceptualizace případu). V subškále C (sebereflexe) se liší pohlaví ve vyšší preferenci položky c-1 (zvyšování sebedůvěry) u žen, než u mužů. V subškále D (struktura) se preference mužů a žen neliší. V subškále E (proces) muži významně častěji než ženy preferují položku e-4 (vliv vztahů v rodině a na pracovišti).
4. Rozdíly mezi **profesemi** byly zjištěny významné rozdíly pouze při hodnocení subškály D (struktura), kde významně nižší skóry vykazuje skupina psychiatrů (ve srovnání s psychology, psychiatrickými sestrami i speciálními pedagogy). Ostatní profesní skupiny se v této subškále ve svých očekáváních neliší, podobně jako nebyly zjištěny žádné rozdíly při porovnávání průměrů v ostatních subškálách ABSS.

Rozdíly mezi skupinou v supervizním výcviku (**Supervizoři**) a skupinami v základním výcviku (**Frekventanti**):

- Supervizoři hodnotí jako důležitou v supervizi významně výše subškálu C týkající se sebereflexe a subškálu D zabývající se strukturou než Frekventanti.
- Z jednotlivých položek významně výše hodnotí Supervizoři položky b-2 (konceptualizace případu), c-3 (zvažování vlastních sil), c-5 (negativní přenos a protipřenos) a d-1 (kontrakt).
- Při porovnávání preference položek v rámci subškál ABSS nebyly mezi Supervizory a Frekventanty zjištěny žádné významné rozdíly.

Rozdíly podle pokročilosti ve výcviku (**Mírně pokročilí** a **Pokročilí**):

- Mezi Mírně pokročilými a Pokročilými nebyl zjištěn rozdíl v průměrných skórech v jednotlivých subškálách ABSS.
- Ovšem po provedení detailnější analýzy v jednotlivých položkách byl zjištěn statisticky významný rozdíl v položce c-4 (uvědomování si protipřenosu), kterou hodnotí Pokročilí jako důležitější než Mírně pokročilí.
- Při porovnávání preference uvnitř položek v rámci subškál ABSS byl zjištěn rozdíl v preferencích pouze u subškály B (dovednosti): položku b-1 (plánování a používání strategií) preferují Pokročilí významně častěji než Mírně pokročilí.

Rozdíly mezi **Frekventanty** a **Začátečníky**:

- Frekventanti a Začátečníci se významně liší ve třech z pěti subškál: v subškále B (dovednosti), D (struktura) a E (proces), kdy očekávání od supervize je významně vyšší u Začátečníků, kteří dosud se supervizí nemají zkušenost.
- Významně vyšší očekávání od supervize se u Začátečníků objevuje zejména u položek a-4 (dostávat negativní zpětnou vazbu na chyby), b-1 (plánování a užívání strategií), c-5 (přenos a protipřenos), d-3 (jasnost intervencí), d-4 (zpětná vazba a kontrola supervize), e-4 (porozumění ovlivňující vztahy) a e-5 (porozumění kulturnímu kontextu).
- Při porovnávání preference uvnitř položek v rámci subškál ABSS byl zjištěn rozdíl v preferencích a-2 (bezpečí, přijetí a posílení), kterou preferují častěji Frekventanti, a-4 (negativní zpětná vazba od supervizora), kterou preferují Začátečníci, podobně

jako b-5 (vidět supervizora jak užívá KBT strategie). V ostatních položkách nebyl mezi Frekventanty a Začátečníky zjištěn rozdíl.

Vztah mezi subškálami ABSS a kompetencemi supervizorů hodnocenými SCQ

14. Výsledky ukazují, že hodnocení Supervizorů v subškále A, týkající se postojů k superviznímu vztahu významně pozitivně koreluje s kompetencemi supervizora v psychoedukaci a kognitivní restrukturalizaci. Subškála B, týkající se postojů k dovednostem významně koreluje s kompetencemi Supervizorů klást otázky, vést řízené objevování, nácviku sociálních dovedností a dovednosti kognitivní restrukturalizace. Subškála C, týkající se postojů k sebereflexi významně koreluje s kompetencí supervizora utvářet bezpečí, posilovat, podávat zpětnou vazbu, psychoedukovat, kognitivně restrukturalizovat a pracovat v imaginaci. Subškála D, týkající se struktury překvapivě nekoreluje s žádnou z položek SCQ. Subškála E, která hodnotí očekávání od procesu supervize, významně koreluje s kompetencí supervizora utvářet bezpečí, posilování, podávání zpětné vazby, uplatňování etických aspektů, hraním rolí a prací v imaginaci.

Vztah mezi subškálami ABSS a kompetencemi supervidovaných terapeutů v TCQ

15. Subškály A, C a D nekorelují s žádnou z kompetencí v TCQ. Subškála B (dovednosti) však významně pozitivně koreluje s terapeutovou kompetencí posilovat klienta, kompetencí sebereflexe a kompetencí vést nácvik sociálních dovedností. Subškála E týkající se procesu supervize pak pozitivně koreluje s terapeutovou kompetencí posilovat klienta.

3.5. DISKUZE

V závěru své práce bych se ráda vrátila k hypotézám, které jsem si na počátku formulovala. Z nichž **první hypotéza** (její alternativní formulace) předpokládala, že postoje k supervizi se u frekventantů základního KBT výcviku (Frekventanti) a výcviku supervizorů (Supervizoři) liší a Frekventanti budou očekávat více edukativní přístup, jako je učení se dovednostem, dostávání návodů a rad a u Supervizorů budou významnější témata týkající se sebereflexe, supervizního vztahu a procesu supervize.

Z výsledků vyplývá, že **můj odhad byl správný zčásti**. Rozdíl mezi Supervizory a Frekventanty se ukázal významný v doméně odrážející očekávání zvýšení sebereflexe (subškála C) a v doméně struktura supervize (subškála D) během supervize. Supervizoři hodnotili tyto subškály v průměru významně výše, než Frekventanti, zejména pak šlo o položky týkající se zvažování vlastních sil a negativního přenosu a protipřenosu. Tyto výsledky jsou pochopitelné, protože sebereflexi se Frekventanti teprve učí a za strukturu supervize jsou zodpovědni supervizoři a frekventanti na ni vlastně nemyslí, a často si ji ani dostatečně neuvědomují. Nepotvrdilo se však, že by Supervizoři hodnotili výše než Frekventanti subškálu A (vztah). Pokud se však podíváme na průměrné hodnoty této subškály je patrné, že u obou skupin jsou hodnoceny velmi vysoce, pouze rozdíl mezi skupinami se neobjevil. Zdá se, že to odráží velmi typickou situaci z výcviku supervizorů, že supervizoři zpravidla myslí na protipřenos supervizantů (tedy jako terapeutů) na klienty, ale daleko méně na svůj protipřenos k supervizantům.

Druhá hypotéza (její alternativní formulace) předpokládala, že očekávání od supervize po roce výcviku (Mírně pokročilí) a po čtyřech letech výcviku (Pokročilí) se liší v tom, že Mírně pokročilí očekávají větší zaměření supervize na terapeutické strategie a očekávají více rady a doporučení. A Pokročilí více očekávají zaměření supervize na vztahy, sebereflexi a strukturu supervize. Tato **hypotéza se mi nepotvrdila**, protože mezi Mírně pokročilými a Pokročilými nebyl zjištěn rozdíl v průměrných skórech jednotlivých subškál ABSS. Toto zjištění mě poněkud překvapilo, protože jsem čekala, že dojde v průběhu dvou let výcviku k významnějšímu posunu. Po analýze jednotlivých položek se ukázal rozdíl pouze v jediné položce (c-4), která se týká uvědomování si protipřenosu, kterou Pokročilí hodnotí výše, než Mírně pokročilí. To odráží také moji zkušenost ze supervize, kdy na počátku výcviku je protipřenos vnímán jaksi „abstraktně“, frekventanti sice ví, že existuje, četli o něm a slyšeli také přenášky, ale ještě chybí v jejich sebereflexi, zatímco v druhé polovině výcviku si jej začínají uvědomovat, zejména skrze supervizi jako takovou.

Třetí hypotéza se zabývala hodnocením rozdílu očekávání od supervize u zájemců o výcvik před zahájením výcviku (Začátečníci) a u Frekventantů výcviků (Frekventanti = Mírně pokročilí + Pokročilí). Alternativní hypotéza předpokládala, že začátečníci budou předpokládat, že supervize se týká zejména korekce chyb a podávání návodů a rad. A Frekventanti budou již více zdůrazňovat konceptualizaci případu a terapeutický vztah a vedení. Ukázalo se, že hypotézy výsledek odhadovaly **jen zčásti**.

Začátečníci mají opravdu před vstupem do výcviku větší očekávání od supervize týkající se získání dovedností (což se dalo očekávat, mohou si zaměřovat supervizi s nácvikem dovedností), mají větší očekávání od struktury supervize (to je také očekávatelné, zatím supervizi nezažili), nicméně mají větší očekávání od procesu supervize, kde jsem očekávala vyšší hodnocení od Frekventantů. V souladu s mojí hypotézou v jednotlivých položkách Začátečníci v průměru významně více než Frekventanti očekávají, že budou dostávat negativní zpětnou vazbu na chyby, budou se učit v supervizi plánovat a užívat strategie, budou supervizorem kontrolováni, objasní se jim intervence. Neočekávala jsem však, že budou za významnější pokládat také položky týkající se porozumění širším ovlivňujícím vztahům a porozumění kulturnímu kontextu. Když se však zamýšlím, jak tomu rozumět, tak mě napadá, že to může být vlivem velmi širokého očekávání, co všechno ideálně může supervize přinést, které u Začátečníků nebylo ještě konfrontováno s realitou supervize, která i když může být dost dobrá, úplně ideální asi být nemůže. V analýze preferencí jednotlivých položek je také patrné, že Frekventanti preferují před Začátečníky častěji bezpečí, přijetí a posílení, zatímco Začátečníci negativní zpětnou vazbu od supervizora a potřebu zažít, jak supervizor používá KBT strategie při práci s nimi.

Čtvrtou hypotézou, kterou jsem si předem stanovila byl předpoklad, že postoje k supervizi a očekávání od ní u Supervizorů i u Frekventantů souvisí s jejich supervizními či terapeutickými kompetencemi. Tato hypotéza se **ukázala být oprávněnou** u Supervizorů, kde většina postojů a očekávání od supervize významně koreluje s kompetencemi stejného druhu u dané osoby. Může to ukazovat na zajímavou souvislost, že Supervizoři spojují svá očekávání od supervize spíše s kompetencemi, které jim samotným jdou, než s tím, co jim až tak nejde. U supervidovaných KBT terapeutů je podobná souvislost podstatně méně patrná, respektive nepatrná. **Hypotéza se naplnila pouze v jedné doméně**, kdy očekávání od supervize týkající se dovedností souvisí s vyššími kompetencemi v posilování klienta a s kompetencí sebereflexe a kompetencí vést nácvik sociálních dovedností, nikoliv však v očekáváních týkajících se supervizního vztahu, sebereflexe, či struktury. Nález, že očekávání od procesu supervize souvisí s kompetencí klienta posilovat, je sice zajímavý, nicméně tato souvislost je mimo moji hypotézu, která předpokládala, že očekávání a kompetence budou ve stejném modu.

Kromě hypotéz, na které jsem se snažila odpovědět, se ukázaly některé další zajímavé výsledky, které souvisí s demografickými charakteristikami probandů. Zajímavý je nále, že **věk** pozitivně koreluje s položkou a-5 (svoboda k rozvíjení vlastního porozumění a d-1 (jasně stanovené problémy a cíle). Zdá se, že první nále by mohl být vyjádřením celkové psychologické potřeby související s rostoucím věkem – s věkem roste potřeba mít větší svobodu a prostor pro rozvíjení vlastního porozumění. První z položek nesouvisí s délkou praxe, druhá ano. Dá se z toho usuzovat, že starší účastníci pokládají za důležitější samostatnost a svobodu (korelace s věkem i praxí), přitom jasně stanovené problémy a cíle (korelují jen s praxí). Na první pohled se zdá, že tyto položky jsou antagonistické, ale po hlubším zamyšlení si uvědomuji, že větší životní zkušenost může souviset jak s větší samostatností, tak s jasnějším zacílením a může jít o obecné charakteristiky vyvrážděnějších lidí, které se nemusí týkat pouze samotné supervize. S jasně stanovenými problémy a cíli (d-1) také koreluje **délka praxe**, což opět může souviset se zkušeností, že nejasné podmínky bez vyjádřené zakázky zpravidla vedou k nevalným výsledkům jak v léčbě, tak v supervizi. Délka praxe také souvisí s položkou e-3, která zdůrazňuje potřebu během supervize pracovat s hlubšími postoji. Zdá se, že lidé s delší praxí si více uvědomují, že vlastní hlubší postoje mohou značně ovlivňovat terapii i supervizi a mají za to, že k jejich propracování by mohla supervize přispět. Tento požadavek se však dostává do problémové oblasti hranice mezi supervizí a terapií. Kupodivu rozdíly mezi **ženami a muži** se v šubškálách ABSS významněji neobjevily. V jednotlivých položkách pak ženy hodnotily jako důležitější než muži pouze položky a-2, týkající se bezpečí, přijetí a posílení v průběhu supervize. Tuto položku a také položky b-1, b-2 a c-1 (plánování strategií, formulace případu a zvyšování sebedůvěry) také preferovaly významně častěji než muži. V Rozdílech mezi muži a ženami se zde kopírují tradiční pohlavní rozdíly: ženy více než muži upřednostňují proměnné v supervizi související s dovednostmi a strukturou, jako je plánování strategií a nápodoba, stejně jako s pocitu bezpečí, přijetí a posílení. Zdá se, že ženy v supervizi více očekávají vedení a muži spíše svobodu. Trochu překvapením byl nále, že z **profesí** skupina psychiatrů na rozdíl od ostatních profesních skupin hodnotí jako méně významnou subškálu D, týkající se struktury supervize. Velmi zajímavé bylo zjištění, které se objevilo jako vedlejší produkt a to nále, že frekventanti KBT výcviků i supervize jako celek očekávají od supervize, že se bude věnovat terapeutickému vztahu a povede ke zvýšení sebereflexe, a to dokonce ve větší míře, než dovednostem a strukturu. To, že tyto domény se pro supervizi ukazují jako ještě více důležité, než

domény struktura nebo proces, je, zdá se, podle mne, odrazem moderního pojetí KBT a je v ostrém kontrastu s tím, co si myslí o KBT jiné směry a možná i někteří vysokoškolští pedagogové, kteří o psychoterapii přednášejí.

Omezení studie

Moje práce má řadu omezení, na které musím poukázat. Jako všechna sledování, která užívají dotazníkových metod, je tato práce zatížena nepřesnostmi, které vyplývají ze subjektivního sebeposuzování probandů. Probandi mohou některé údaje nadhodnocovat a jiné podhodnocovat v závislosti na tom, co chtějí sami sobě i druhým přiznat. Předpokládám, že toto zkreslení je podobné u mužů a u žen, může se však měnit v průběhu terapeutického výcviku, být odlišné u různých profesí, nicméně to nemůžeme jistě vědět, protože k tomu nám chybí jak literární údaje, tak vlastní data. Navíc taková data často trpí nepřesnostmi při vyplňování, protože účastníci nemusí dobře rozumět jednotlivým otázkám, hodnocení mohou být zkreslená momentální náladou nebo dalšími kontextuálními faktory.

Dalším omezením je statistické hodnocení, které při omezeném počtu probandů může vykazovat chyby druhého řádu. Aby výsledky mohly být generalizovatelné, potřeboval by být počet hodnocených podstatně vyšší. Zejména mohou být nepřesné výsledky týkající se očekávání a postojů v supervizi u jednotlivých profesí, kdy jednotlivé skupiny byly relativně malé. Ve statistice také chybí korekce na mnohočetná srovnání, která by byla velmi vhodná, aby mohla být data publikována v recenzovaném časopise. Samozřejmě si uvědomuji, že je třeba provést nejprve krokovou regresivní analýzu, pokud bych chtěla výsledky publikovat.

Sám dotazník ABSS potřebuje další validizaci. Jeho Cronbachovo alfa (vnitřní konzistence) je sice dostatečné (zatím provedena jen jedna studie na míru vnitřní konzistence, kde Cronbachovo $\alpha = 0,86$ ukazuje vysokou míru konzistence), chybí však další hodnocení validity a reliability (Praško et al. 2011f) a je otázkou, zda je dobrým nástojem pro hodnocení očekávání od supervize. Chybí paralelní měření pomocí dvou nebo více měření stejného konceptu, pomocí různých otázek, nebo v různých podmínkách, opakování v čase, alternativní formulace otázek apod.

Dalším významným omezením studie je relativně malý počet probandů, který omezuje generalizaci výsledků. Při rozdělení skupin na jednotlivé profese statistické hodnocení ztrácí smysl.

4. ZÁVĚR

Tato práce je zaměřena na problematiku supervize v kognitivně behaviorální terapii. Supervize v KBT je platnou součástí KBT výcviku i dalšího růstu terapeuta po dokončení výcviku. Potřeba kvalitní supervize je nutná, už jen proto, že je třeba zajistit opravdu kompetentní KBT terapeuty a také jako ochrana před syndromem burn out.

V první teoretické části se zabývám definicí supervize, jejími cíly, úkoly, procesem a etickými otázkami. Navazuje přehled názorů a poznatků týkající se speciálně supervize v KBT.

Ve druhé praktické části prezentuji studii, týkající se očekávání od supervize u frekventantů výcviků KBT, kteří jsou před zahájením výcviku na počátku výcviku, dále pak u pokročilých frekventantů a u velmi pokročilých KBT terapeutů, kteří se účastní výcviku v KBT supervizi.

Hypotézy, se kterými jsem do šetření vstupovala, se naplnily v některých předpokladech. KBT Supervizoři ve výcviku zdůrazňují význam sebereflexe a struktury, Začátečníci ve výcviku pak potřebu dostávat rady a plánovat strategie, Pokročilí rozumět více přenosu a protipřenosu. Překvapením je zjištění, že sebereflexe a terapeutický vztah byly všemi kategoriemi hodnotitelů pokládány za velmi významné a to v celé skupině dokonce důležitější než očekávání od dovedností a struktury.

LITERATURA

1. Anderson JR, Bothell D, Byrne MD, Douglass S, Lebiere C & Qin Y: An integrated theory of mind. *Psychological Review* 2004;111:1036–1060.
2. Armstrong PV & Freeston MH: Conceptualising and formulating cognitive therapy supervision. In: Bruch M, Bond FW: *Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT*. Wiley, Chichester 2003; 349-371..
3. Bandura A, Blanchard EB & Ritter R The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *J Pers Soc Psychol* 1969; 13: 173-199.
4. Baštecká B & Goldman P: *Základy klinické psychologie*: Praha: Portál, 2001.
5. Baštecká B: *Supervize*: Praha: Zpravodaj Diakonie ČCE, č.1, 1999.
6. 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.
7. Beck AT, Freeman A, Davis DD & Associates: *Cognitive therapy of Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, 2004.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF & Emery G: *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford 1979.
9. Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, Penguin Books 1989, 356 s.
10. Beck AT: *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Portál, Praha 2005.
11. 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.
12. Beck JS: *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, The Guilford Press 1995.
13. Beck JS: Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull. Menninger Clinic* 1998; 62: 2, s.170-194
14. Behr H & Hearstova L: *Skupinově-analytická psychoterapie*. Triton, Praha 2005.

15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Bennett-Levy J: Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2006; 34: 57–78.
19. Bernard JM & Goodyear RK: *Fundamental of Clinical Supervision* (3rd ed.). Boston MA: Pearson 2004.
20. Boud D, Keogh HR & Walker D (Eds): *Reflection: Turning experience into learning*. London: Kogan Page 1985.
21. Bowlby J: *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál 2010.
22. 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.
23. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975-990.
24. Český institut pro supervizi. [online]. c2006. Dostupné z <http://www.supervize.org>, www.supervize.eu.
25. Dattilio F: Kognitivně-behaviorální terapie a budoucnost psychoterapeutické integrace. *Psychiatrie* 2004; 8: 145-146.
26. Davidson K: *Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Guide for Clinicians*. 2nd ed. Routledge, New York 2008.
27. Dobson D & Dobson KS: *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press 2009.

28. Eis Z: Supervize: Praha: Pražský psychoterapeutický institut, Palata, 1995.
29. Evropská asociace pro supervizi.[online]. c2000. Dostupné z <http://www.supervision-eas.org>
30. Falender CA & Shafranske EP: Best practices of supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): Casebook for Clinical Supervision. American Psychiatric Association, Washington 2008; 3-16.
31. Fromm-Reichmannová F: Principy intenzivní psychoterapie. Triton, Praha 2003.
32. Gabbard GO and Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
33. Gabrysz A: [online]. c2006. Co to je supervize: Dostupné z: <http://supervisor.cz/uvod-9.html>. [cit. 2008-03-01].
34. Gabura J & Pružinská J: Poradenský proces. Praha: Slon, 1995
35. Gilbert P & Leahy RL: The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. London, England: Routledge-Brunner 2007.
36. Gray LA, Ladany N, Walker JA, Ancis JR: Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. J Couns Psychol 2001; 48:371–383.
37. Greben SE & Ruskin R: Significant aspects of the supervisor-supervisee relationship and interaction. In: Greben SE, Ruskin R (eds): Clinical Perspectives of Psychotherapy Supervision. American Psychiatric Press, Washington 1994; 1-10.
38. 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 (pp. 43–62). London: Routledge, 2007.
39. Grey N, Salkovskis P, Quigley A, Clark DM & Ehlers A: Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2008; 36: 509–520.
40. Guggenbühl-Craig A: Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Portál, Praha 2007.
41. Gunderson JG & Links PS: Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington 2008.

42. Hais K & Hodek B: Velký anglicko-český slovník, díl 3: Praha: Academia, 1992.
43. Hardy, G., Cahill, J. and Barkham, M: Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In P. Gilbert and R. L. Leahy (Eds.), The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies. London: Routledge 2007; 24-42.
44. Hartl P & Hartlová H: Psychologický slovník: Praha: Portál, 2000.
45. Havrdová Z: Kompetence v praxi sociální práce: Praha: Osmium, 1999.
46. Havrdová Z.: Poslání a smysl supervize: Praha: Ethum - Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci, 2000.
47. Havrdová Z, Kalina K: Supervize. In: Kalina a kol.: Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Rada Evropy/Úřad vlády ČR, Praha 2003; 133-141.
48. Havrdová Z: Zrození a vývoj pojmu supervize. In: Havrdová Z, Hajný M et al.: Praktická supervize. Galén, Praha 2008a; 17-38.
49. Havrdová Z: Mnoho tváří, jeden cíl. In: Havrdová Z, Hajný M et al.: Praktická supervize. Galén, Praha 2008b; 47-64.
50. Hawkins P & Shohet R: Supervize v pomáhajících profesích. Portál, Praha 2004.
51. Hemp HW: [online]. c2000. Qualification Criteria for Supervisors: Dostupné z: http://www.supervision-eas.org/files/pdf/publications/hwhemp1_e.PDF [cit. 2011-03-01].
52. Hennig G & Pelz G: Transakční analýza. Terapie a poradenství. Grada, Praha 2008.
53. Horská B: Supervize jako nástroj kvality v pomáhajících profesích. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Brno 2008.
54. Hupková M: Rozvíjanie sociálnych schopností v pomáhajúcich profesiách. Univerzita Konštantína Filozova v Nitre, Pedagogická fakulta. Nitra 2010.
55. Kadushin A: Supervision in Social Work. New York, NY: Columbia University Press, 1976.

56. Kaslow NJ, Dunn SE and Smith CO: Competencies for psychologists in Academic Health Centers (AHCs). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2008; 15: 18-27.
57. Kaslow NJ, Rubin NJ, Forrest L, Elman NS, van Horne BA, Jacobs SC....Thorn BE: Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007; 38: 479-492.
58. Kaslow NJ: Competencies in professional psychology. *American Psychologist* 2004; 59: 774-781.
59. Kimmerling R, Zeiss A & Zeiss R: Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7: 312-321.
60. Komrsková N: Co je supervize: Praha: Bratrská rodina. Červen-červenec 2002.
61. Koocher GP, Shafranske EP, Falender CA: Addressing ethical and legal issues in clinical supervision. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): *Casebook for Clinical Supervision*. American Psychiatric Association, Washington 2008; 159-180.
62. Kuyken W, Padesky CA and Dudley R: *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York, NY: Guilford Press 2009.
63. Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, co-morbidity and cognitive-behavioural therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 42–48.
64. Ladany N, Friedlander ML, Nelson ML: Critical events in psychotherapy supervision: an interpersonal approach. American Psychological Association, Washington, DC, 2008.
65. Leahy RL: *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. The Guilford Press, New York 2003.
66. Lichtenberg JW, Portnoy SM, Bebeau MJ, Leigh IW, Nelson PD, Rubin NJ, Kaslow NJ: Challenges to the assessment of competence and competencies. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007; 38: 474-478.

67. Linehan MM, Kehrer CA: Borderline personality disorder. In: Barlow, D. H.(ed.): Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. The Guilford Press, New York, 1993, s. 396–441.
68. Linehan MM, McGhee DE: A cognitive-behavioral model of supervision with individual and group component. In: Greben SE and Ruskin R (eds): Clinical Perspectives on Psychotherapy Supervision. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1994; 165-188.
69. Ludewig K: Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe. Pallata, Praha 1994.
70. Macáková M: Supervize v NNO poskytující sociální služby: závěrečná písemná práce v Kurzu Řízení neziskových organizací. Praha: 2001.
71. 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.
72. Margison FR, Barkham M, Evans C, McGrath G, Clark JM, Audin K, and Connell J: Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 123-130.
73. Matoušek O: Metody a řízení sociální práce: Praha: Portál. 2003.
74. Matoušek O: Základy sociální práce: Praha: Portál, 2001.
75. Milne D: CBT supervision: from reflexivity to specialization. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2008; 36: 779–786.
76. MPSV: Standardy kvality sociálních služeb: Metodický materiál. Praha: MPSV ČR, 2002.
77. Newman CF & Beck AT: Cognitive therapy. In: Kaplan RM and Saddock BJ (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry (9th ed.), Baltimore, MD: Lippincott, Williams and Wilkins, 2009; 2857-2873.
78. Newman CF: Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: foundational, functional, and supervisory aspects. Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training 2010; 47: 12-19.

79. Novalis PN, Rojcewicz SJ a Peele R: *Klinická příručka podpornej psychoterapie*. Vydavateľstvo F, Trenčín 1999.
80. 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.
81. Pačesová M: *Lékař, klient a Michael Balint: balintovské skupiny v Česku*: Praha: Triton 2004.
82. Persons JB: *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. Guilford Press 2008.
83. Praško J, Herman E, Horaček J a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.
84. Praško J, Možný P, Šlepecký M: *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007.
85. 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.
86. Prasko J, Mozny P, Vyskocilova J, Hoffmanova L, Slepecky M: Odyssey – an international CBT institute. *Psicoterapie Cognitiva e Comportamentale* 2010a; 16: 449-450.
87. 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* 2010b; 154(3):189–198.
88. Praško J, Diveky T, Grambal A, Kamarádová D, Látalová K: Hypochondriasis, its treatment, and exposure to the imaginative illness and death experience. *Act Nerv Super Rediviva* 2010c; 52(1):70–76.
89. Prasko J, Vyskocilova J: Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. *Act Nerv Super Rediviva* 2010d; 52(4): 251–260.
90. Praško J, Vyskočilová J: Protipřenos v supervizi v kognitivně behaviorální terapii a supervizi. *Psychiatrie pro praxi* 2011a; 12: 9-13.

91. Prasko J, Vyskociova J, Šlepecky M, Novotny M: Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical Papers* 2011b;155:XX (epub ahead of print) DOI 10.5507/bp.2011.022 142.
92. Praško J, Vyskočilova J, Šlepecký M, Novotný M: Principy supervize v kognitivně-behaviorální terapii. Přehledný článek. *Čes a Slov Psychiat* 2011c; 107(2): 233–243.
93. Praško J, Možný P, Novotný M, Šlepecký M, Vyskočilová J: Sebereflexe v KBT supervizi. *Čes a Slov Psychiatrie* 2011d, v recenzním řízení
94. Praško J, Kovacsová A, Trčová A, Jelenová D, Vyskocilova J: Rescripting or the traumatic or distressing stories from childhood in imagination. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2011e; v recenzním řízení
95. Praško J, Oberreignerů R, Diveky T, Vyskočilová J, Šlepecký M: Attitudes and Beliefs about Supervision Scale – reliability. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2011f; v recenzním řízení
96. Rafaeli E, Bernstein DP & Young J: *Schema Therapy*. Routledge, Taylor & Francis Group, 2011.
97. Ramirez M: *Multicultural Psychotherapy: An Approach to Individual and Cultural Differences*. Boston, MA: Allyn & Bacon 1999.
98. Reichelt S & Skjerve J: Correspondence between supervisors and trainees in their perception of supervision events. *J Clin Psychol* 2002; 58:759–772
99. Rodolfa E, Bent R, Eisman E, Nelson P, Rehm L & Ritchie P: A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Science and Practice* 2005; 36: 347-354.
100. Rogers CR: *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London: Constable and Company. 1967.
101. Rollová J: *Supervize: Rigorózní práce*. Univerzita Karlova, Fakulta pedagogická, Praha 2002.
102. Safran JD & Muran JC: *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford; 2000.

103. Shafranske EP & Falender CA: Supervision addressing personal factors and countertransference. In: Falender CA, Shafranske EP (eds): Casebook for Clinical Supervision. American Psychiatric Association, Washington 2008; 97-120.
104. Schmidbauer W: Psychická úskalí pomáhajících profesí: Praha: Portál, 2000.
105. Skofholt TM & Ronnestad MH: The Evolving Professional Self: Stages and Themes in Therapist and Counselor Development. New York, NY: Wiley 1992.
106. Sutton L, Townend M & Wright J: The experiences of reflective learning journals by cognitive behavioural psychotherapy students. Reflective Practice 2007; 8: 387-404.
107. Svobodová P: Úvod do supervize: Cyklický model. Tišnov: SCAN, 2002.
108. Timulák L: Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Portál, Praha 2006.
109. Tošner J & Tošnerová T: Burn Out syndrom. Agnes, sborník Řízení Praha: 1999, lidských zdrojů.
110. Trepka C, Rees A, Shapiro DA, Hardy GE and Barkhan M: Therapeutic competence and outcome of cognitive therapy for depression. Cognitive Therapy and Research 2004; 28: 143-157.
111. Vybíral Z: Psychoterapeutické směry. Portál, Praha 2010.
112. Vymětal J (ed): Obecná psychoterapie. 2., rozšířené a přepracované vydání. Grada, Praha 2004.
113. Výrost J & Slaměník I: Sociální psychologie. Praha: ISV 1997.
114. Vyskocilova J, Prasko J, Slepecký M: Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2011b; **in press**.
115. Waller G: Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47: 119-127.
116. Watkins CE: Psychotherapy supervisor and supervisee: Developmental models and research nine years later. *Clinical Psychology Review* 1995; 15: 647-680.
117. Wolpe J & Turkat ID: Behavioral Formulation of Clinical Cases. In: Turkat ID (Ed.): Behavioral Case Formulation. Plenum Press, NY & London 1985; 5-36.
118. [www. KBT institut.cz](http://www.KBTinstitut.cz)

119. Yalom ID & Leszcz M: Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Portál, Praha 2007.
120. Young J & Beck AT: Cognitive Therapy Rating Scale Manual. University of Pennsylvania, Philadelphia 1980.
121. Young J: Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994.
122. Young JE, Klosko JS & Weishaar ME: Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford, 2003.
123. Young JE: Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota FL: Professional Resource Exchange 1994.