

Řízené objevování a sokratovský rozhovor v kognitivně behaviorální supervizi

Mgr. Jana Vyskočilová^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.^{2,3}

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

²Klinika psychiatrie, FN LF a UP Olomouc

³Odyssea – Mezinárodní institut KBT

Supervize sestává se systematické spolupráce supervizora se supervizantem, která je vedena jako dialog bezpečným, otevřeným a objevným způsobem. Supervize v kognitivně behaviorální terapii je založena na stejných principech jako terapie. K objevování souvislostí používá supervizor řízené dotazování, ve kterém si supervizant může sám uvědomit i to, na co dříve nepomyslel, a jeho pochopení pacienta se prohlubuje a případně se může zásadně změnit. Během vedení rozhovoru pomáhá supervizor supervizantovi pomocí otázek porozumět širším souvislostem konceptualizace případů, ujasnit si přiměřené postupy v léčbě a uvědomit si přenosové i protipřenosové fenomény. V článku je demonstrováno několik rozhovorů supervizora se supervizanty při supervizních sezeních s užitím Sokratovského rozhovoru.

Klíčová slova: supervize, kognitivně behaviorální terapie, řízené objevování, sokratovský rozhovor.

Guided discovery in cognitive behavioral supervision

Supervision consists of systematic cooperation of the supervisor with supervisee, which is conducted as a dialogue in a safe, open and discovery process. Supervision in cognitive behavioral therapy is based on the same principles as a CBT therapy. The supervisor uses guided discovery to map the context and relations in which supervisee may realize that previous understanding of the patient expands, deepens and sometimes may be changed dramatically. During the interview the supervisor helps supervisee by asking questions to understand the wider context of conceptualizing cases to clarify the appropriate treatment procedures and realize transference and countertransference phenomena. In this article we demonstrate leadership in several interviews of supervisor and supervisees by using Socratic dialogue.

Key words: supervision, cognitive behavioral therapy, guided discovery, socratic dialogue.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e44–e57

Úvod

Na supervizi lze pohlížet jako na systematickou a cílenou spolupráci supervizanta se supervizorem. Je zaměřena na zvýšení

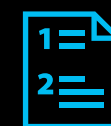
terapeutických kompetencí terapeuta při práci s konkrétními pacienty (Linehan a McGhee 1994, Rakovshik a McManus 2010). Aby supervize mohla pomoci, má být podnětná, bezpečná, otevřená,



upřímná a objevná (Praško et al. 2011a). Hlavním cílem supervize je zvýšení hodnoty terapeutického procesu, a to v nejlepším zájmu pacienta. Ovšem bez podpory supervizanta, rozvíjení jeho samostatnosti, osobního stylu a terapeutických kompetencí, by se stala pouhou kontrolou (Beidas a Kendall 2010, Vyskocilova et al 2011). KBT supervize je založena na stejných principech jako KBT terapie. Je postavena na základních postulátech teorie učení, jako je klasické a operantní podmiňování, kognitivní a sociální učení (Beck et al. 2008, Persons 2008, Fairburn a Cooper 2011). Řízené objevování pomáhá ujasnění si souvislostí na základě minulých zkušeností i nového kognitivního i emočního vhledu. Často pomůže terapeutovi konceptualizovat příběh pacienta, pochopit jeho situaci i naplánovat optimální strategie, léčbu strukturovat a vést v modu řešení problémů (Davidson 2008). Učí ho však především, jak samostatně klinicky a eticky myslet a rozhodovat se (Praško et al. 2011b). Supervize je komplexní proces, do kterého vstupuje pacient, terapeut a supervizor, každý se svými postoji, zkušenostmi, typickými vzorci myšlení a chování. Každý z nich je navíc ovlivňován dalšími kontextuálními faktory. Úkolem supervize je zviditelnit tyto faktory a pomoci supervizantovi, aby je využil pro terapeutický proces i pro svůj profesní růst. Supervizor může supervizanta informovat o tom, jak rozumí tomu, co se děje v léčbě přímo, z pozice experta (vertikální model), nástrojem jsou pak vysvětlování, poučení, příklady a rady. Nebo klade důraz na to, aby k tomu terapeut došel vlastním přemýšlením a zážitkem (horizontální model) (Praško et al 2011a). Pro moderní KBT je typický druhý přístup, který Beck nazval spolupracujícím empirizmem. Jednou z hlavních strategií užívaných v horizontálním modelu je Sokratovský dialog (Praško et al. 2011b). Jde o rozhovor,

ve kterém jedna strana reaguje na druhou a naopak, při kterém dochází k reflexi názorů, postojů a k hodnocení. V dialogu jsou lidé vždy osobně zainteresováni. Sokratovským rozhovorem se rozumí postup, jímž řecký filozof Sókratés vedl pomocí dialogu své žáky k novému poznání. V promluvách kladením otázek umožňoval druhým rozšířit si svůj pohled na určitý problém, ti získali zpravidla klíčový náhled, který vedl ke změně pohledu žáka na daný problém. Řízené objevování je tedy metoda vedení dialogu s druhou stranou, která umožňuje partnerovi v rozhovoru objevit nový pohled na určitý problém. V moderní filozofii na tuto metodu navázal filozof Leonard Nelson (Nelson 1992). Podle Nelsona nelze do myšlení pouštět jakoukoli vnější autoritu, protože to znemožňuje vytvoření vlastního názoru. Důraz na vytváření osobního názoru pochází z Nelsonova přesvědčení, že filozofická pravda, na rozdíl od přírodovědy, není ve skutečnosti věcí objektivních poznatků, ale názoru (Nelson 1992). Nelson už tehdy pokládal za nejdůležitější úkol učitele ovlivňovat studenta tak, aby byl přímo ovlivňován vlastně minimálně (omezit svůj vliv jen na posilování samostatného uvažování.). Tento přístup se v moderní výuce využívá dosud. Sokratovské dialogy se používají ve vysokoškolském i středoškolském vzdělávání, zejména pro matematická či logická témata (Kolář a Šikulová 2007). Taktéž v psychoterapii a v supervizi (Friedman 2000, Gantt 2000, Praško et al. 2010).

V Sokratových hovorech tedy můžeme rozlišit dva prvky – *elenktický* (vyvracející) a *maieutický* (přivádějící partnera k určitému poznatku). Oba prvky nachází a pojmenovává Hegel ve svých Dějinách filosofie (Hegel 1965). Jako první uvádí moment *elenktický* – Sókratés vštěpuje lidem nedůvěru vůči jejich předpo-



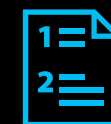
kladům, čímž je vede k tomu, aby si uvědomili, že ke skutečnému chápání je třeba přemýšlet. Sókratés jako by ztělesňoval ono řecké probuzení se z tradice (resp. mýtu), kde jsou odpovědi dány již před otázkami (Patočka 1999). Neustálým, nikdy nekončícím (neboť Sókratés v každém okamžiku svého nahlížení ví, že nic neví) dialogem, tázáním, zkoumáním svých vlastních myšlenek i myšlenek bližních, vede boj za pravé nahlédnutí (Xenofon 1972, Patočka 1991). *Maieutický* moment sloužil Sókratovi k tomu, „aby pomáhal na svět myšlenkám, jež jsou již samy od sebe obsaženy v každém vědomí, aby ukázal, jak je v konkrétním nereflektovaném vědomí obsažena obecnost konkrétna...“

Kanakis (1984) za nejdůležitější prvek Sókratovy metody považuje aporii (tj. pochybnost, rozpaky, nesnáz, námitka, úzkost) – do ní se partner dostává v tom okamžiku, kdy přizná, že nezná odpověď na Sókratovy otázky a je překvapen, protože na počátku byl přesvědčen, že problému rozumí. Aby jej Sókratés přiměl k novému zkoumání problému, musí jej do aporie tázáním dovést. Teprve po dalším přemýšlení o položeném problému může partner najít lepší porozumění. Cílem Sókratovské strategie není až tak správná odpověď, protože etické otázky, které Sókratés většinou kladl, jsou většinou „otevřené“ a odpovědi na ně nejsou jednoznačně správné nebo špatné. Cílem je naučit partnera reflektovat a kriticky přemýšlet. Pro Kanakise se v elenktické části dialogu skrývá podnět, který má probudit v druhém touhu poznat odpověď na položenou otázku. Vzniklá aporie je totiž pocíťována jako chybnost znalosti, které vzbuzuje touhu po překonání této mezery. Aporie vyvolává u partnera motivaci dále přemýšlet.

Sokratovský rozhovor ve skupině (například při skupinové supervizi) vychází z několika základních principů. Ty pak určují

podobu a formu rozhovoru. K účinnosti je třeba důsledné uplatňování těchto principů. Proto nelze vést sokratovský rozhovor jen „trochu“.

- *Myšlení není intuitivní záležitost* – má své zákonitosti, které používáme (proto je možné uspořádat jak terapeutický, supervizní, filozofický, tak matematický rozhovor). Hlavním principem je vedení účastníka rozhovoru k samostatnému myšlení. Proto se v sokratovském rozhovoru probírají zejména problémy, které nevyžadují v dané chvíli žádné další šetření – např. vyšetření, anamnestická data, byť z rozhovoru může potřeba jejich doplnění vyplynout.
- *Myšlenkový proces nepodléhá autoritám* – terapeut užívající sokratovský rozhovor se vědomě vzdává pozice autority. Jen vede a přihlíží, aby pacient, supervizant nebo skupina nesešli z cesty upřímné argumentace a přemýšlení. Jeho pomoc je především v kladení otázek a podpoře přemýšlejících.
- *Každý z účastníků již v sobě má vědění* o možnostech řešeního problému, i když si to zatím neuvědomuje. Ve výpovědi každého účastníka se skrývá „zrnko pravdy“. Právě uplatňováním tohoto principu terapeut pacienta, supervizanta nebo skupinu vede k naslouchání protimluv a kontrastu, k věnování pozornosti jiným pohledům, k opatrným soudům a k toleranci. Tento princip se týká také terapeuta (či supervizora) – jde o umění v sobě potlačit tendenci chtít „pomáhat“ a radit. I když se mu budou zdát některé názory nesmyslné, hloupé nebo nezralé, měl by v nich zkusit hledat „zrnko pravdy“.
- *Rozhovor jako metoda myšlení*. V každodenním životě si zpravidla s druhými sdělujeme převážně hotové názory, někdy i věci, které jsou výsledkem delšího přemýšlení. Sokratovský



rozhovor však předpokládá myšlení během „dialogu“. Druhý člověk nebo skupiny jsou takovými pomocnými prostředky pro uvažování jedince. V diskuzi člověk více uvažuje, co řekne, ověřujeme si, zda dobře pochopil druhou stranu a zda sám říká své názory dost jasně. Dialog ve dvojici či skupině nutí do kritického nadhledu.

- *Cílem rozhovoru je zpravidla nalezení nového pohledu. Většinou jde o konsenzus, který vznikl prodiskutováním všech možných názorů.*

Smyslem skupinového rozhovoru není dospět hned k cíli, či najít nějakou „obecnou moudrost“, ale hledat odpověď na otázku společně. Účastníci přitom vychází z vlastních zažitých zkušeností, nikoliv z názorů autorit.

Existenciální filozof Martin Buber popsal dialog jako nejdůležitější formu blízkého setkání mezi lidmi, které umožňuje otevřít vlastní dimenzi, hloubku a tvořivost v přemýšlení, protože cítíme svobodu a bezpečí ve vztahu (Buber 1995). V dialogu vidí především vyjádření vztahu, který umožňuje, aby člověk znásobil svoje uvědomování a kreativitu. Smyslem dialogu zde však není jen intelektuální prospěch, ale hlavně zásadní uznání druhého jako člověka a partnera.

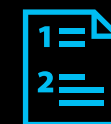
Britský kvantový fyzik David Bohm vidí v dialogu mezi lidmi ve skupině velký potenciál pro rozvoj tvořivosti (Bohm 1996). Byl přesvědčen, že proces dialogu ve skupině má velký potenciál nejen pro zvýšení porozumění, ale i pro kreativitu a může generovat důležité podněty pro výzkum. Bohm učil několik charakteristik tvořivého dialogu, které připomínají zásady v Bálintovské skupině (Bohm 1996): (a) během rozhovoru není potřeba hledat řešení če-

hokoliv, diskuze by měla být svobodná s otevřeným prostorem; (b) během diskuze se nehodnotí ani neodsuzují jiné názory, pohledy, nápady, nic není „dobré“ nebo „špatné“; (c) účastníci jsou ochotni vzdát se hodnocení svých nápadů a rozhodnutí, aby se zabránilo soutěžení, „kdo má nejlepší nápad“; (d) názory a podněty, které říkají druhí, nejsou jejich vlastnictvím, ale mohou být podnětem pro další k rozvíjení a řetězení nápadů.

Také významný americký pedagog John Dewey (1933) zdůrazňoval, že otevřené ovzduší veřejné diskuze a komunikace je nezbytnou podmínkou pro zrod myšlenek a vědění. S ním je spojena představa efektivního učení, typická pro přístup „learning by doing“. Spočívá v tom, že účastníci se učí dle míry své participace. Jedním z nejlepších prostředků, jak něčemu porozumět, je být nucen vysvětlit to jiným lidem. Učíme se, když aktivně nasloucháme.

Řízené objevování a Sokratovský rozhovor v terapii

Po Sókratovi pojmenovali kognitivní terapeuti jednu z nejúčinnějších strategií „sokratovským“ nebo „sokratickým“ dialogem (Beck 1974, Ellis 1962). Řízené objevování a Sokratovský rozhovor se objevují jako strategie vedení rozhovoru v řadě dalších psychoterapeutických přístupů, zejména pak v Psychoterapii zaměřené na člověka (Rogers 1967). Carl Rogers byl přesvědčen, že pokud terapeut vede s pacientem empatický dialog, sám je kongruentní, pacienta přijímá a posiluje, umožní mu, aby sám porozuměl hlubším významům svého prožívání, smyslu a vztahům, ve kterých se nachází. V kognitivně behaviorální terapii patří řízené objevování k základům komunikace s pacientem a je pokládáno za důležitější než psychoedukace (Padesky 1993, Praško et al. 2007). Zpochybňování maladaptivních myšlenek a postojů



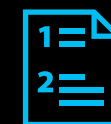
pomocí Sokratovského rozhovoru pak patří mezi nejdůležitější strategie změny též v supervizi (Praško et al. 2010).

V kognitivně behaviorální terapii je při práci s automatickými myšlenkami úkolem terapeuta naučit pacienta, aby své automatické myšlenky kriticky zkoumal, tj. pohlížel na ně jako na „hypotézy“, které se mohou potvrdit, ale také mohou být vyvráceny. Jejich pravdivost je třeba zvažovat z různých úhlů pohledu. Sokratovským dialogem druhého učí, jak jej může vést sám se sebou (Padesky 1993). Další důležitý přístup při zkoumání platnosti pacientových přesvědčení spočívá v jejich empirickém přezkoušení (Beck 1974). Oba zainteresovaní (terapeut a pacient) společně naplňují experimentální situaci, ve které lze platnost daného předpokladu ověřit a dostat okamžitě odpověď, zda platí nebo ne. Beck (1979) doporučuje, aby terapeut s pacientem vytvořili něco jako „vědecký tým“, který společně zkoumá platnost automatické myšlenky. Na rozdíl od Ellisovy metody konfrontace (Ellis 1962), která spočívá v tom, že terapeut silou svých argumentů přesvědčí pacienta o iracionálnosti a nelogičnosti jeho myšlenek, doporučuje Beck, aby terapeut vedl s pacientem „Sokratovský rozhovor“, při němž jej učí, aby sám sobě kladl určité otázky a na jejich základě sám dospěl k závěru o platnosti či neplatnosti svých negativních myšlenek. Kladením vhodných otázek lze s pacientem o určitém předpokladu začít diskutovat. Smyslem tohoto rozhovoru tedy není přesvědčit pacienta (nebo v supervizi supervizanta), že se ve svém myšlení mýlí, ale ukázat mu, že jeho způsob myšlení nemusí být jediný možný, že lze určitou situaci hodnotit i jinak. Záměrem podobně jako v Sokratovských dialozích není ani tak nalezení „pravdy“, jako spíše učení se diferencovaně o problémech uvažovat a zdržet se ukvapených závěrů. Je velmi důležité vést

pacienta či supervizanta k tomu, aby si podobné otázky kladl i sám. Sokratovský rozhovor se nikdy *nesmí změnit v disputaci*, v níž terapeut pacientovi dokazuje, že se mýlí, zatímco pacient hájí pravdivost automatické negativní myšlenky. Je také důležité nenechat se svést k tomu, abychom odpovídali na induktivní otázky za pacienta. I když někdy máme dojem, že známe vhodnou racionálnější odpověď na automatické myšlenky, je lépe být trpělivý a nechat pacientovi dostatek času, aby přišel s vlastní odpovědí, která pro něj bude přesvědčivá. Cílem tohoto způsobu vedení rozhovoru totiž není pouze to, aby pacient dokázal nalézt rozumnou odpověď na automatické myšlenky, ale především aby se naučil si tyto otázky sám klást a s jejich pomocí své automatické myšlenky zpochybňovat (Praško et al. 2007).

Smyslem Sokratovského dotazování je tedy, prostřednictvím kladení vhodných otázek, odhalit něco, co již pacient ví, ale dosud to nebral v úvahu nebo na to zapomněl. Citlivým dotazováním terapeut pacientovi pomáhá, aby lépe využil toho, co již ví, aby přišel na alternativní možnosti vysvětlení známých faktů a aby našel nová možná řešení svých problémů. Cílem otázek je, aby si pacient dokázal uvědomit co nejvíce faktů a aby z těchto faktů vyvodil své vlastní závěry – závěry, které si bude pamatovat a které pro něj budou přesvědčivé. „Dobrá“ Sokratovská otázka je taková (a) na kterou pacient dokáže odpovědět; (b) jeho odpověď mu ukáže nové perspektivy (jiné možnosti).

Sokratovská metoda je ideálním nástrojem, jak docílit toho, aby se pacienti zamysleli nad různými možnostmi, které dosud byly za hranicí jejich uvažování, a aby dokázali vytvořit konstruktivní alternativní pohled na určitou situaci nebo událost. Dobré Sokratovské dotazování se uskutečňuje v atmosféře dobrého



terapeutického vztahu. Cílem terapeuta je vyjadřovat vřelost a nesoudící postoj, aby zmírnil pacientův strach a pocit bezmoci a podporoval jeho zapojení, vlastní uvažování, kreativitu a zapamatování. Pacient by měl mít pocit, že jeho názory jsou „zajímavé“ a nikoli „špatné“, a že jeho hledání nových možností terapeut oceňuje a bere v úvahu, nikoli že je kriticky zpochybňuje.

Stále ještě existuje běžná mylná představa KBT terapeuta, který funguje jako neomylný právník v soudní síni, který nikdy nepoloží otázku, aniž by na ni neznal odpověď a který několika brilantními otázkami náhle odhalí „pravdu“. V této souvislosti je zajímavé, že A. T. Beck jako svůj vzor popsal televizní postavu inspektora Columba. Jemný styl vyšetřování tohoto televizního hrdiny – nikdy hrubý či vševědoucí – odpovídá postoji upřímné zvědavosti a respektu vůči druhým. Tento postoj je pro „dobré“ Sokratovské dotazování naprosto nezbytný. Styl a smysl Sokratovského dotazování probrala nejdůkladněji ve svém textu Padesky (1993). Vyzdvihla důležitý rozdíl mezi tím, zda využíváme Sokratovského dotazování k tomu, abychom *změnili myšlení* pacienta, nebo zda nám jde o *řízené objevování* nových souvislostí. Padesky tvrdí, že terapeut, který se snaží „změnit myšlení“ pacienta mu tím ukazuje, že jeho myšlenky jsou nelogické, zatímco terapeut, který „řídí objevování“, odkrývá pacientovi nové možnosti. Podle ní je klíčem k tomuto druhému přístupu postoj upřímné zvědavosti na straně terapeuta. Teasdale (1996) ve svém komentáři k názorům Padesky poznamenal, že na psychologické úrovni znamená „změnit něčí myšlení“ zneplatnění jeho konkrétních myšlenek a názorů, zatímco „řízené objevování“ uvolňuje cestu k vytvoření nových mentálních vzorců.

Kognitivní terapeut by proto měl usilovat o řízené objevování nejen z pozice zvědavosti, ale také z pozice skromnosti a pokory. Skromnost nám umožní přijmout fakt, že se často můžeme my něco naučit od pacienta, nikoli, že jsme to my, kdo zná (nebo by měl znát) správnou odpověď. Tímto způsobem se můžeme vyhnout pasti „změnit myšlení“.

Konečným cílem terapie je, aby se pacient stal zároveň Sókratem i jeho žákem. Měl by se naučit získat odstup, zhodnotit situaci a najít nový pohled na věc. Při učení se této dovednosti je neocenitelným pomocníkem vedení Denního záznamu myšlenek. Pacient se přitom učí určovat vlastní emoce, klíčové myšlenky, zkoumat platnost svých myšlenek a pak si vytvářet nové postoje. Při soustavném procvičování se tento postup může stát pro pacienta druhou přirozeností.

Řízené objevování a Sokratovský rozhovor v supervizi

Sokratovský dialog a řízené objevování jsou strategie často užívané i v supervizi. Místo toho, aby supervizor supervizantovi sděloval fakta, pomáhá mu je pomocí otázek objevit (Praško et al. 2011a). Podobně jako v terapii jsou k tomu používány induktivní otázky např.: „*Máte dojem, že to může nějak souviset?*“, „*Když připustíme, že je tomu tak, jak říkáte, a zároveň platí, co jste řekl před chvílí, kam to celé podle vás směřuje?*“, „*Co si o tom myslíte?*“, „*Napadá mě, jak se v tom asi cítí manželka pacienta, co si o tom myslíte?*“ apod.

Řízené objevování pomáhá utvářet supervizní vztah – vytvářet atmosféru bezpečí a pochopení (Bennett-Levy 2006, Greenberg 2007, Thwaites and Bennett-Levy 2007, Vyskočilová a Praško 2011). V následujícím příkladu je možné vidět, jak supervizor pomáhá vytvořit bezpečnou atmosféru (Vyskočilová 2012).



Lucie (supervizantka): Mám na oddělení mladou ženu, slečnu K, 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 jí pak nebudu moci pomoci. Když s ní mluvím sama, nejsem dost trpělivá, nedokážu ji poslouchat, tak mě vytáčí. Jinak se mi to nestává, s ostatními pacienty mám dobrý vztah.

Jiří (supervizor): Pokud ti dobře rozumím, tak se ti většinou s pacienty daří navázat dobrý vztah, ale teď máš na oddělení pacientku, která je nadmíru naléhavá i mimo sezení a tebe to popuzuje. Nedokážeš s ní být trpělivá. Mrzí tě to a máš obavu, že jí nebudeš schopna pomoci. Přitom bys jí ráda pomohla, pokud to chápu dobře. Zároveň se na ni zlobíš. Je to tak? *(supervizor shrnuje, co slyšel od terapeutky, tím dává terapeutce pocit přijetí – dobře naslouchal – i bezpečí – rozumí jí).*

Lucie: Přesně tak. Ta pacientka má hraniční poruchu osobnosti a vytáčí kdekoho, nejvíce své blízké, kterým neustále nadává do telefonu.

Jiří: Hm. Rozumím ti. Je ještě něco, co dělá?

Lucie: No, na druhou stranu na oddělení ostatním pomáhá, půjčuje spolupacientům mobil, aby si mohli zavolat, a angažuje se pro druhé a dokáže k nim být citlivá. Víím, že není jen zlá. Přesto jsem na ni už alergická. Chápu, že se trápí, ale proč trápí také druhé?! Tuhle na celou chodbu nadávala do telefonu matce dost sprostě, a to jen proto, že jí zapomněla něco přinést. Mně sice vulgární slova až tak nevadí, ale ta matka se jí snaží stále pomáhat, denně za ní jezdí. Navíc vyděsila ostatní pacienty, kteří se jí báli.

Jiří: Říkáš, že s jinými pacienty problém nemáš. Měla jsi už někdy takového pacienta?

Lucie: No, podobného. Ten měl také hraniční poruchu. Já to prostě s hraničníma neumím. Nemám na ně trpělivost a hned jsem na ně naštvaná. Je to moje chyba. Petra to tak nevytáčí, ten má pro ně pochopení. Mně to ale nejde.

Jiří: Říkáš, že ti to s nimi nejde, a zároveň sis tohle téma vzala sem na supervizi. Co tě k tomu vedlo?

Lucie: Nesnáším tyhle pacienty, ale ráda bych se s nimi naučila nějak pracovat, protože mi je jasné, že s ní nic neudělám a ani jí nepomůžu.

Jiří: Aha, a co to pro tebe znamená, když jí nepomůžeš?

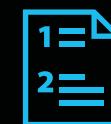
Lucie: Často mě pak napadá, že jsem špatná doktorka. *(Terapeutka začala sebereflexi, kdy si uvědomuje různé stránky svého vztahu k pacientce)*

Jiří: Zdá se, že o ní hodně přemýšlíš, když si uvědomuješ, nejen že tě štve, ale také, že se angažuje pro druhé a dokáže být citlivá. A rozumím ti. Máš nějakou zkušenost s tím, jak to s takovými pacienty zažívají ostatní kolegové?

Lucie: No, víím, že spoustu kolegyň mi řekne dost podobné pocity, také na konferencích to slyším, že s takovými pacienty je to těžké. Ale já jsem si myslela, že já to prostě zvládnou s takovými pacienty.

Jiří: Takže je z toho, co říkáš, patrné, že to s nimi je těžší. Mně se líbí to, že jsi zůstala sama u sebe a chceš to změnit. A rozumím tomu, že když o sobě pochybuješ, tak je pak lehké naštvat se na tu pacientku.

Lucie: Jsem ráda, že mi říkáš, že tomu rozumíš. Docela jsem se bála o tom mluvit, ale převážilo to, že si nechci jen stěžovat



na hraniční a zažívat s nimi vždy nepohodu. Třeba s manickými pacienty nemám problém, i když dělají „bordel“, řvou, nadávají.

Jiří: Čím myslíš, že to je?

Lucie: Tam totiž 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.

Jiří: Co myslíš, že by ti pomohlo v tom, abys s ní mohla pracovat?

Lucie: Asi kdybych s ní dokázala navázat kontakt a motivovat ji, možná by to bylo lepší pro obě. Možná, kdybych se dokázala oprostít od toho, že ji musím za každou cenu pomoci, kdybych se jen pokusila a necítila ten tlak.

Jiří: A nyní to cítíš tedy jak, když jsi s ní v kontaktu?

Lucie: Mám pocit, že mě a moji snahu odmítá, přitom pak naléhá na blbosti – například několikrát denně mění seznam lidí, kterým mohu dávat informace o ní.

Jiří: Takže vlastně to, co vysílá, je odmítání tvé snahy a zároveň naléhá na tvůj čas, i když z tvého pohledu na nedůležité věci. Chci ti říct, že se mi líbí, že máš stále chuť jí pomoci. Napadá tě, jak ji motivovat? *(Supervizor opět posílil a reagoval empaticky. Podtrhl jednu z možných příčin problémů ve vztahu – znehodnocení terapeutky pacientkou, pak povzbudil možnost hledání řešení situace – stále má na paměti cíl – dobro pro pacienta).*

Lucie: Nevím.

Jiří: Zkus uvažovat, co jsi dosud dělala a co třeba vůbec ne.

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 sou-

časné problémy. Vlastně o ní toho moc nevím, kromě četných konfliktů, co má s otcem, přítelem a které měla v několika zaměstnáních. O tom, jak vyrůstala, nevím skoro nic. Ale jak jsem viděla toho tátu, tak to určitě neměla lehké.

Jiří: Co tě k tomu napadá?

Lucie: Uvědomuji si, že jí vlastně nemám odkud moc rozumět, protože málo vím o jejím vývoji. Možná by ji to potěšilo, kdybych to s ní probrala *(Terapeutce dochází, že vlastně nemá udělanou konceptualizaci případu – která patří mezi základní kompetence – protože neví moc o pacientčině dětství, cítí se tak bezpečně, že se už přestala sebeobviňovat a nahlas přemýšlí a reflektuje dosavadní práci i sebe sama).*

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

Lucie: Jo, ona stále naléhá, že se jí všichni málo věnujeme. Personál, já, rodina. Vlastně mě napadá, že to samé říkala o příteli – že se jí také málo věnoval. Jo, to je asi pravda – necítí se přijatá, pravděpodobně nikde a všechny ty její konflikty mohou být o tom.

Jiří: Líbí se mi to, co říkáš. Docela to dává smysl. Ještě tě něco k tomu napadá? Jakou roli v tom máš tedy ty?

Lucie: No vlastně ona se necítí nikde přijatá, ani mnou. Já ji také neumím přijmout. Bože, ta to má těžké... a to se ještě snaží pomáhat druhým.

Jiří: Napadá tě ještě něco k té její pomoci druhým a k tomu, jak je na lidi okolo sebe sprostá?



Lucie: Musí asi pomáhat, díky tomu se cítí lépe – přijímaná. A sprostá je asi proto, že jí nikdo nevěnuje takovou pozornost, jakou by chtěla. *(Terapeutka rozvíjí hypotézu o jádrovém schématu pacientky, hledá pro ni důkazy z faktů, které zná).*

Konceptualizace případu je dovednost porozumět problémům a příznakům z hlediska jeho historie a aktuálního kontextu. Základem této dovednosti je studium teorie, ale její rozvoj je možný pouze přes praktickou zkušenost vlastní práce s pacienty, kterou výrazně rozvíjí systematická supervize (Armstrong a Freeston 2003). Užitím řízeného objevování je možné pomoci supervizantovi, aby lépe porozuměl svému pacientovi (Vyskočilová 2012).

Lucie: Dnes bych ráda mluvila o jednom svém pacientovi, ale také o slečně K, o které jsem mluvila minule.

Jiří: Dobře. Máme však spolu hodinu, takže sama se zkus zamyslet, co z toho je pro tebe palčivější, neboť si nejsem jist, zda oba případy stihneme.

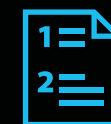
Lucie: Budu pokračovat se slečnou K, tam se to trochu pohnulo. Ale potřebovala bych dnes probrat, jaké strategie bych měla dál použít. Možná si i něco s tebou zkusit, protože jsem ještě nikdy nedělala s nikým, kdo byl v dětství sexuálně zneužíván... docela by mi pomohlo si to přehrát. Myslíš, že bychom tohle mohli? *(Terapeutka specifikuje zakázku).*

Jiří: Samozřejmě je to možné. Říkáš, že se to pohnulo, a mluvíš o sexuálním zneužití. Mohla bys v krátkosti o tom říci? *(Supervizor 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 rozbředla a řekla mi, že jí nikdo nevěří. Že ji 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 chce říci více. Řekla, že teď ne, že jí stačí, že jí věřím, a utekla zpět do svého pokoje.

Jiří: Takže se zdá, že k tobě našla důvěru. To je bezvadné. Cítím to stejně, jak bylo důležité jí říci, že jí věříš. *(Supervizor 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 druhé straně 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. Pak mi řekla, jak jí strkal 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 deset 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. Také řekla, že kdyby mohla, tak ho zabije nebo by mu ho uřízla. Že je teď ve vězení za podvody, a patří mu to.



Nevěděla jsem, co s tím dělat, když se tak vztekala a mluvila hrubě. Ale asi to moc potřebovala. Já se ale, když slyším tolik nenávisti v hlase, cítím úplně bezmocná, i když vím, že 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.

Jiří: Jak tě tak poslouchám, zvládly jste pořádný kus práce. Dokázala se ti svěřit v tak bolestné věci. Při vzpomínání byla silně zahlcena silnými protichůdnými emocemi, které se jí střídaly. Rozumím tvým pocitům. Také si myslím, že k takovému příběhu není moc co dodat a že to typicky citově zasáhne i terapeuta. Minule jsme si říkali, že se možná cítí hodně nepříjatá a z toho pramení jednak její touha po pozornosti, jednak její zlobení se, když má pocit, že si jí někdo pro ni důležitý nevšímá. Co si o tom myslíš nyní, po tom vašem rozhovoru? *(Supervizor oceňuje, vyjadřuje pochopení, normalizuje. Pak pomocí induktivní otázky zaměřuje terapeutku ke konceptualizaci případu).*

Lucie: Samozřejmě jí teď více rozumím a hlavně už nemám pocit, že se to týká mé osoby. Ještě bych to dětství s ní potřebovala 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 nepříjatá a nepochopená.

Jiří: Říkala jsi na začátku o strategiích. Napadá tě v tuhle chvíli něco?

Lucie: Jasně, po tom příběhu s ní udělám „padající šíp“, abychom nějak její schéma pojmenovaly, a pak probereme, 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. Také si 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... také nevím, jak to pak ukotvit, aby se zklidnila. Mohl bys mi v tom nějak pomoci?

Jiří: A co bys v tom přesně potřebovala?

Lucie: Asi vysvětlit, co mám dělat, nebo něco z toho tady přehrát? *(Terapeutka sumarizuje konceptualizaci a uvažuje o dalších strategiích – sdílet s pacientkou konceptualizaci prací se schématem, pak se vrací k původní zakázce, dozvědět se více o strategii, kterou by chtěla použít, případně si ji přehrát).*

Jiří: Libí se mi, jak si její příběh postupně konceptualizuješ. Pokud to s ní probereš, budeš mít dobrou základnu na to, abyste mohly zpracovat trauma v imaginaci. Mluvila jsi však také o její měnlivosti emocí a bouřlivosti. Napadá tě, jakou formu expozice traumatu bys zvolila?

Lucie: Asi bude vhodnější přepis traumatu. Na výcviku jsme to probírali, i jsem si to zkoušela, ale v reálu se toho docela dost bojím.

Jiří: Rozumím ti, ale pokud bude mít pocit bezpečí s tebou a bude mít možnost situaci kontrolovat, myslím, že se není čeho obávat. Tak teď trochu zopakuj věci, které jistě již znáš z výcviku, ale abychom si to před nácvikem připomněli. Je asi fajn vědět, že poprvé je to zpravidla krátké, protože to bude těžce prožívat a může se snažit tomu vyhnout. Je třeba pamatovat na to, že musíte vypracovat zachránce. To může být někdo, komu tehdy věřila, nebo to může být ona sama jako dospělá, nebo



to můžeš být i ty. Zachránce vstoupí do imaginace a ochrání ji a pak případně ukonejší. Zkusíme to tedy přehrát? *(Supervizor oceňuje, vyjadřuje pak pochopení pro terapeutčiny obavy a strukturuje možnosti vyzkoušení strategie, kterou sama chtěla)*

Lucie: Přesně to potřebuji.

Jiří: Chceš být v roli terapeutky, nebo nejdříve v roli pacientky?

Lucie: Myslím, že to zkusím rovnou jako terapeutka. Kdykoliv to ale zastavím a řeknu ti o pomoc, když budu tápat. Souhlasíš? *(Terapeutka povzbuzuje sama sebe ke hraní rolí).*

Řízené objevování posiluje sebereflexi supervizanta. Sebereflexe je komplexní proces (zachycení vlastních kognicí a postojů terapeuta, jeho emocí a chování k pacientovi a tak, jak souvisejí s jeho osobními jádrovými schématy a podmíněnými předpoklady, a jejich případné modifikování při práci na sobě nebo v supervizi). Z KBT pohledu sebereflexe vyžaduje také schopnost reflektovat své vlastní dovednosti a udržovat si schopnost je aplikovat přirozeně a samozřejmě, plynule a kdykoliv je to pro léčbu pacienta potřebné (Bennett-Levy 2006, (Vyskočilová 2012).

Veronika (supervizantka): Mám pacienta, pana V, 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, paní doktorko, já vím, že bych to měl udělat, že

je to pro moje dobro, ale pak to vždy odložím, nějak se prostě nedokážu přinutit. Já 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 na mě hraje.

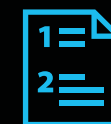
Karla (supervizorka): Hm, to ti rozumím. Snažíš se, abys mu pomohla, přemýšlíš, jak mu to více ulehčit, aby to zvládl, vysvětluješ smysl úkolu, dokonce se ptáš i na možné překážky v plnění, a on ti to všechno slíbí, a pak úkol neudělá. Jak se v tom cítíš? *(supervizorka podporuje terapeutku – jde o základní 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: Jsem na něj naštvaná, ale někdy spíš cítím takovou bezmoc. Někdy si říkám, jestli se na ty domácí úkoly u něj nemám vykašlat. Zbytečně na něj tlačím a pak jsem jen naštvaná a nemá to žádný význam *(terapeutka se cítí bezpečně v terapeutickém vztahu, odhaluje svoji skepsi týkající se pokračování v důležité části terapeutického plánu).*

Karla: Té bezmoci a myšlenkám na to vykašlání rozumím. Co bys vlastně ode mne potřebovala, aby ta bezmoc nebyla?

Veronika: Nevím, asi možná rozumět tomu, proč ty úkoly nedělá.

Karla: Čili, co ho vede k tomu, že nedokáže ty úkoly udělat? Co mu v tom brání? Z toho, co o sobě řekl, jsou nějaké postoje nebo očekávání, které s tím mohou souviset? Napadá mne též, jak je to s jeho, která souvisí se zvládáním? 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 mu v tom možná 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 užít konceptualizaci k porozumění nespolupráce pacienta, ale stále se cítila blokována, patrné jsou projevy protipřenosu).*

Karla: Hm, rozumím. Je to něco, s čím je třeba při práci s depresivním pacientem počítat – často mluví o tom, že nemají sílu na to, nebo že to nemá stejně smysl, nebo že vlastně neví. Chtěla bys ještě prozkoumat další možnosti, nebo potřebuješ spíše něco jiného?

Veronika: Nevím, asi možná znát ještě jiné možnosti.

Karla: Takže bychom nyní spolu zkusily udělat brainstorming všeho, co nás napadne, jak tuto situaci změnit? Co říkáš?

Veronika: No víš, já jsem vlastně uvažovala nad tím, že se ho asi mrzutě ptám, proč ten úkol nemá, a když mu ho zadávám, tak se u toho také moc nezastavuji.

Karla: Jak to tedy souvisí s tím, jak se o těch úkolech bavíte?

Veronika: No, že vlastně ta jeho bezmoc je dost pochopitelná. Asi bych se také necítila dobře, skoro jak před učitelkou ve škole.

Karla: Aha, moc pěkně o tom uvažuješ. A nějak ti jeho reakce zapadá do toho, co o něm víš?

Veronika: No, až když to tu povídám, tak mi to postupně dochází – on měl matku učitelku, která ho neustále do nějakých věcí nutila a pořád ho kritizovala. Nemohu se teď zbavit představy, že na něj působím jako ta matka... to doufám, že ne (směje se).

Karla: Aha, a co si tedy říkáš?

Veronika: Vlastně jsem s ním jeho pocity při úkolech neprobírala. Rovnou jsem očekávala, že se vymlouvá. Také 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. Vlastně mě dost často napadá, jestli na to vůbec mám dělat terapii?

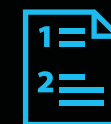
Karla: Proč si to myslíš?

Veronika: 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 štvě, že sám nic neudělal a ještě to používá jako něco, čím mi vytře zrak: „Podívejte se, jak jsem neschopný“.

Karla: Jaké pocity s ním zažíváš?

Veronika: Především bezmoc. Také vztek, fakt vztek na něj, když je on bezmocný. *(Terapeutka odkryla některé protipřenosové vzorce, kterých si všimla ve svých reakcích na pacienta, prokázala tím základní kompetenci sebeuvědomění).*

Karla: Mám radost z toho, jak reflektuješ sebe sama v terapii. Také sis položila některé důležité otázky – Co se s ním děje, když slibuje, že úkoly splní, a co se s ním děje, když si k úkolům sedne? Napadá tě, co by ti ještě mohlo v tom pomoci?



Veronika: Asi víc vědět o jeho myšlenkách a pocitech v těchto situacích... A také možná to, abych o sobě tolik nepochybovala.

Karla: K čemu by to mohlo prospět?

Veronika: Že bych si dovolila být trpělivá, necítila bych tu zodpovědnost, že mu hned teď musím rychle pomoci, spíš by asi bylo dobré, kdyby si na to přišel sám. Možná by to pak dokázal i doma. *(Supervizorka použila základní dovednost pro budování supervizního vztahu – posílila základní dovednost terapeuta – sebereflexi. Supervizorka dále vedla terapeutku k uvědomění, že její pochybnosti mohou interferovat při práci se složitými pacienty, jako je pan V).* A také mě napadá, že i já 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.

Karla: Dobře. Na začátku jsi říkala, že bys chtěla asi vědět, jak na to, aby ten pacient dělal úkoly, a porozumět tomu, proč je nedělá. Dostala jsi odpověď na tyto otázky?

Veronika: Jasně že dostala, především jsem si uvědomila, že nemám spěchat a dělat věci za něj, jen tak je bude moct doma dělat. Děkuji.

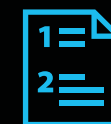
Závěr

Sokratovský rozhovor je důležitým nástrojem supervize v kognitivně behaviorální terapii. Během vedení rozhovoru pomáhá supervizor supervizantovi otázkami porozumět širším souvislostem konceptualizace případů, ujasnit si přiměřené postupy v léčbě a uvědomit si přenosové i protipřenosové fenomény.

Supported by grant IGA MZ CR NT 11474-4/2010.

Literatura

1. 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.
2. Beck AT, Laude R, Bohnert M. Ideation components of anxiety neurosis. Arch Gen Psychiatry 1974; 31: 319–325.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979.
4. 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.
5. Bennett-Levy J. Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 34: 57–78.
6. Bohm D. On dialogue. New York: Routledge 1996.
7. Buber M. Já a Ty. Ve Votobii vyd. 1. Olomouc: Votobia, 1995.
8. Davidson K. Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Guide for Clinicians. 2nd ed. Routledge, New York 2008.
9. Dewey J. How We Think: a restatement of relation of reflective thinking to the educative progress. 2nd Ed. D. C. Heath and Company, 1933.
10. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, Lyle Stuart 1962.
11. Friedman M. The Existential and the Interpersonal: Ludwig Binswanger and Harry Stack Sullivan Journal of Humanistic Psychology 2000; 40(1): 108–129.
12. Gantt EE. Levinas, Psychotherapy, and the Ethics of Suffering. Journal of Humanistic Psychology 2000; 40(1): 9–28.
13. 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.
14. Hegel GWF. Dějiny filosofie 2, ČSAV, Praha 1965: 41–42.



- 15.** Kanakis IN. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der sokratischen Lehrstrategie, Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Dr. phil. an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg, Karlsruhe, 1984: 43–44.
- 16.** Kolář Z, Šikulová R. Vyučování jako dialog. Praha 2007.
- 17.** 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.
- 19.** Nelson L. Ausgewählte Schriften, Frankfurt am Main: dipa-Verl., 1992.
- 20.** Padesky C. Socratic questioning: changing minds or guided discovery. Keynot address at the EABCT Congress, London, September 24 1993.
- 21.** Patočka J. Péče o duši II, Praha: OIKOYMENH, 1999: 149–355.
- 22.** Patočka J, Sókratés: přednášky z antické filosofie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991.
- 23.** Patterson CH: Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: a review of reviews. Psychotherapy 1984; 21: 431–438.
- 24.** Persons JB. The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy. Guilford Press 2008.
- 28.** Prasko J, Vyskocilova J, Slepecky M, Novotny M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. Biomed Pap 2011b; 155:XX. DOI 10.5507/bp 2011.022.
- 29.** Praško J, Možný P, Šlepecký M (eds.). Kognitivně behaviorální terapie u psychických poruch. Triton, Praha 2007.
- 30.** Prasko J, Vyskocilova J, Možny P, Novotny M, Slepecky M. Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. Neuroendocrinology Letters 2011a; 32(6): 101–109.
- 31.** Praško J, Vyskočilová J. Countertransference in cognitive behavioral supervision. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2010; 52(4): 251–260.
- 32.** Rogers CR. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable and Company. 1967.
- 33.** Teasdale J. Metacognitions, mindfulness, and the modification of mood disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin Psychological Psychotherapy 1999; 6: 146–155.
- 34.** Thwaites R & Bennett-Levy J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2007; 35: 591–612.
- 35.** Jana Vyskocilova, Jan Prasko. Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision. Act Nerv Super Rediviva 2011; 53(2): 72–83.
- 36.** Vyskočilová J: Proces supervize ve výcviku v kognitivně behaviorální terapii a očekávání supervizorů a supervizantů od supervize. Fakulta humanitních studií, Katedra Řízení a supervize, Karlova Univerzita, Praha 2012.
- 37.** Xenofón: Vzpomínky na Sókrata. Praha: Svoboda 1972.
- 38.** Fairburn CG and Cooper Z. Therapist competence, therapy quality, and therapist training. Behav Res Ther 2011; 49(6–7): 373–378.
- 39.** Rakovshik SG and McManus F: Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: a review of current empirical findings and theoretical guidance. Clinical Psychology Review. 2010; 30: 496–516.
- 40.** Beidas RS, Kendall PC. Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. Clin Psychol (New York). 2010; 17(1): 1–30.

Mgr. Jana Vyskočilová

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze,

U Kříže 8, Praha 5 Jinonice

Klinika psychiatrie, Fakultní nemocnice Olomouc,

Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

vyskocilovajana@seznam.cz

