

Kompetence v kognitivně behaviorální terapii a supervizi

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,7}, MUDr. Petr Možný^{3,7}, MUDr. Miloš Šlepecký^{4,7}, MUDr. Miroslav Novotný^{5,7},
Bc. Jana Vyskočilová, DiS.^{6,7}

¹Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci

²Fakultní nemocnice Olomouc

³Psychiatrická léčebna v Kroměříži

⁴ABC centrum, Liptovský Mikuláš

⁵Centrum duševního zdraví Jeseník a Šumperk

⁶Psychiatrické centrum Praha

⁷Odysea, Mezinárodní KBT institut

Získání a udržování psychoterapeutických a supervizních kompetencí má pro kognitivně behaviorální terapii zásadní hodnotu.

V databázích PUBMED, WEB OF SCIENCE a SCOPUS byly vyhledány články s klíčovými slovy „kognitivně behaviorální terapie“, „kompetence“, „terapeutický vztah“, „intervence“, „technika“, „trénink“, „supervize“, „sebereflexe“, „empiricky podpořeno“, „přenos“, „protipřenos“, „schéma terapie“, „dialekticko-behaviorální terapie“. Vyhledávání bylo prováděno opakováním těchto slov v různých kombinacích bez jazykového a časového omezení. Publikace pak byly probrány a následně byly dohledávány další klíčové citace z jednotlivých referencí. Také jsme použili originální texty Becka, Beckové, Padesky, Linehanové, Leahyho, Younga, Kuykenové a dalších. Literární informace jsme pak porovnávali se svojí psychoterapeutickou a supervizní zkušeností a do textu zahrnuli jen nejdůležitější informace. Jde tedy o přehledovou práci se závěry týkajícími se kompetencí v kognitivně behaviorální terapii.

Klíčová slova: kognitivně behaviorální terapie, výcvik, supervize, model „krychle“, základní kompetence, specifické kompetence, supervizní kompetence, terapeutický vztah, intervence, sebe-reflexe, empirická podpora, přenos, protipřenos, schéma terapie, dialekticko-behaviorální terapie.

Competencies in cognitive behavioral therapy and supervision

Attaining and maintaining the psychotherapeutic and supervision competencies is a core value in the field of cognitive behavioral therapy. PUBMED data base was searched for articles using the key words „cognitive behavioral therapy“, „competence“, „therapeutic relations“, „intervention“, „technique“, „training“, „supervision“, „self-reflection“, „empirically supported“, „transference“, „countertransference“, „schema therapy“, „dialectical behavioral therapy“. The search was repeated by changing the key word. No language or time constraints were applied. The lists of references of articles detected by this computer data base search were examined manually to find additional articles. We also used the original texts of Beck, Beck, Padesky, Linehan, Leahy, Young, Kuyken, and others. Basically this is a review with conclusions about competencies in cognitive behavioral therapy.

Key words: cognitive behavioral therapy, training, supervision, competency, cube model, foundational competencies, specific competencies, supervisory competencies, therapeutic relation, intervention, technique, self-reflection, empirically supported, transference, countertransference, schema therapy, dialectical behavioral therapy.

Psychiatr. praxi 2011; 12(4): 169–174

Úvod

Získání a udržování profesionálních kompetencí patří mezi základní hodnoty vzdělávání psychoterapeuta nezávisle na terapeutickém směru, ve kterém byl vycvičen. V rámci kognitivně behaviorální terapie narůstá množství důkazů o tom, že existuje významná souvislost mezi úrovní terapeutických kompetencí a výsledkem léčby (1–3). Očekává se, že terapeut získá během výcviku vědomosti a dovednosti, které mu umožní, aby dobře porozuměl pacientovým příznakům a problémům, jasně si konceptualizoval souvislosti mezi vnitřními zevními aspekty problémů a kompetentně dokázal přiměřeně využívat získané poznatky

k tomu, aby pacienta vedl k řešení jeho problémů a aby došlo k odeznění příznaků jeho psychické poruchy. Vysokou úroveň svých kompetencí je psychoterapeut povinován jak jednotlivým pacientům, tak celé společnosti, která má právo od něj jeho kompetence vyžadovat. Kromě samotného psychoterapeutického vzdělání, které má teoretickou, praktickou a supervizní složku, je povinností terapeuta, aby si své kompetence celoživotně udržoval v rámci kontinuálního vzdělávání (4). Kompetentní psychoterapie vyžaduje i schopnost začlenit do terapie nejnovější poznatky v oblasti diagnostiky, hodnocení a terapeutických intervencí, interpersonálních vztahů

a komunikačních dovedností, cit pro načasování, etické hodnocení, sebereflexy, schopnost spolupráce s pacientem jako partnerem, citlivost k odlišnostem, respekt k vědeckým metodám bádání apod. (5, 6). Kompetence v psychoterapii bývají stanoveny v několika oblastech: jde o dobrou znalost teorie, profesionalitu v chování k pacientovi, dovednost používat specifické terapeutické strategie, dovednosti potřebné k udržování terapeutického vztahu, dovednosti zaměřené na dosažení změny, dodržování etických norem apod. (7, 8). Bennett-Levy, et al. (9) v dotazníku předloženém 120 zkušeným KBT terapeutům zjišťovali, které tréninkové nebo supervizní metody pokládají pro

zlepšení různých typů terapeutických znalostí a dovedností za nejúčinnější. Ukázalo se, že různé tréninkové metody jsou pokládány za různé účinné. Například četba, přednášky, diskuze a sledování vzoru se pokládá za nejlepší pro získání deklarativních znalostí, zatímco aktivní strategie učení (hraní rolí, sebe-zkušenostní učení), společně s nácvikem podle vzoru a reflexivním učením jsou pokládány za nejúčinnější pro získání procedurálních dovedností. Pro zvýšení schopnosti sebereflexe a interpersonálních dovedností jsou obzvláště důležité zkušenost na sobě a zpětná vazba (10).

Model „krychle“
a jeho aplikace v KBT

Potřeba vymezit kompetence psychoterapeuta přehledným způsobem vedla k formulaci „modelu krychle“ („Cube“ model) (11), který zkoumá odbornost v provádění psychoterapie ve třech základních dimenzích. Mezi tyto dimenze patří (1)

základní kompetence; (2) funkční kompetence a (3) rozvojová dimenze. V každé z těchto dimenzí můžeme rozlišit postoje, znalosti a dovednosti (tabulka 1).

(1) Základní kompetence

Základní kompetence jsou potřebné pro všechny psychoterapeutické modality a zahrnují široce pojatý profesionální přístup, kam patří dodržování etických standardů, ochota k sebereflexi a sebekorekci, citlivost k odlišnostem daným kulturou, osobností, hodnotami a zájmy a interdisciplinární spolupráci (4). O roztřídění těchto kompetencí se pokusili Rodolfa, et al. (11) a vymezili 4 základní kompetence v psychoterapii, které jsou klíčové také pro KBT. Jde o (a) terapeutický/supervizní vztah; (b) konceptualizaci případu; (c) aplikaci terapeutických intervencí; (d) sebereflexi.

a) Základní kompetencí psychoterapeuta je dovednost vytvářet, rozvíjet a udržovat tera-

peutický vztah (12–14). I když se na KBT někdy pohlíží jako na terapii, pro níž je typické, že disponuje řadou terapeutických technik, je tento pohled zavádějící. Podmínkou k uplatnění jakékoliv terapeutické strategie je kromě individuální konceptualizace případu (15) také dobře vytvořený terapeutický vztah (14, 16–22). Také je to zjevné při léčbě depresivních pacientů; při použití stejných standardních strategií se zlepšují více pacienti, kteří si vytvořili lepší terapeutický vztah (23). Proto nácvik dovedností, které mohou zlepšit terapeutický vztah, patří k základním blokům KBT výcviku a supervize (24, 25). Bez vytvoření terapeutického vztahu není zpravidla možné specifické terapeutické intervence účinně použít. Dovednost vytvářet terapeutické společenství souvisí s předem danou schopností člověka utvářet kvalitní a smysluplné vztahy s jednotlivci,

Tabulka 1. Kompetence v KBT rozděleny základní, funkční a rozvojové v postojích, znalostech a dovednostech (upraveno podle 25)

	Základní kompetence	Funkční kompetence	Rozvojová dimenze
Postoje	■ Dobrý vztah k lidem ■ Humanizmus ■ Optimizmus ■ Zvědavost a potřeba pochopit ■ Respekt k odlišnosti ■ Lidskost, laskavost, tolerance ■ Potřeba sebezvývoje ■ Úcta k pravdě ■ Pokora ■ Houževnatost	■ Respekt k vědeckému poznání v oboru; Vědeckost a objektivita ■ Cílevědomost a plánovitost ■ Analytický, systémový i celostní pohled	■ Přijetí neukončenosti ■ Uznání změn v čase ■ Přijetí kontinuálního sebevzdělávání
Znalosti	■ 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 pacienta k psychoterapii	■ 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.)	■ Postupně se zvyšující schopnost stále komplexnějšího porozumění v průběhu výcviku i praxe
Dovednosti	■ Vytváření bezpečné atmosféry ■ Empatické naslouchání ■ Vyjadřování přijetí ■ Validizace pacientových emocí ■ Posilování pacienta ■ Kongruence ■ Posilování naděje ■ Vytváření a udržování terapeutického vztahu ■ Vedení podpůrného rozhovoru ■ Vedení motivačního rozhovoru ■ Titrace úzkosti ■ Sebereflexe	■ Pracovat v KBT modelu a umět jej sdílet s pacientem ■ Schopnost vést terapeutické sezení strukturované (psychoedukace o modelu, hodnocení, měření, sestavování agendy, zpětná vazba, zadávání a probírání domácích úkolů apod. ■ Dovednost konceptualizovat poruchu v KBT modelu a sdílet tento model s klientem ■ Vedení pacienta při plánování aktivit a strukturování času ■ Identifikace a zvědomění automatických myšlenek s pacientem, vedení Sokratovského dialogu, kognitivní restrukturalizace, užívání záznamu automatických myšlenek ■ Připravit a vést expoziční léčbu (edukace, vytváření odstupňovaných kroků, facilitace pacienta, zaplavení, expozice v imaginaci, interoceptivní expozice, expozice se zábranou odpovědi) ■ Napláňovat a provádět behaviorální experimenty ■ Komunikační dovednosti vlastní i vedení pacienta při nácviku sociálních dovedností, komunikace a asertivity ■ Řešení problémů s pacientem ■ Práce s jádrovými schématy a podmíněnými předpoklady ■ Propracování traumatických emocí z minulosti ■ Přepis traumata v imaginaci	■ Získávání dovedností od jednoduchých ke složitějším a od základních k funkčním

skupinami či rodinami. Na této schopnosti vyrůstá nacvičená dovednost:

- Vytvářet terapeutické společenství – atmosféru bezpečí a pochopení (pacientovi naslouchat, vyjadřovat porozumění, validizovat jeho emoční stavy, reflektovat, posilovat, udržovat naději, stenizovat apod.) (26–30).
 - Respekt, tolerance a citlivost k odlišnosti (kulturní, hodnotové, náboženské, rasové apod.). Porozumění odlišným kulturám, hodnotám, očekáváním a postojům je klíčové pro práci s lidmi s jiným kulturním nebo sociálním pozadím, než má terapeut (31, 32). Tato citlivost je nutná i při léčbě generačně velmi vzdálených pacientů, protože postoje k sobě a druhým bývají vytvářeny v různých generacích různě.
 - Titrovat úzkosti pacienta způsobem, který umožňuje spolupráci, ale také jej mobilizuje ke změně.
 - Pomoci pacientovi, aby se dokázal uvolnit, našel odvahu vystavit se obtížným úkolům, trpělivě vytrval, i když se výsledek dostaví až po delší době, stal se autentickým, otevřeným, uměl důvěřovat druhým, uměl unést neúspěch, kritiku i zklamání, a nešel přitom do pocitů křivdy ani oběti.
 - Zároveň je terapeut vzorem, jak se aktivně, autenticky, pozitivně a povzbudivě, laskavě a tolerantně vztahovat k druhým lidem.
- b) *Konceptualizace případu* je dovednost porozumět problémům a příznakům z hlediska minulosti a aktuálního kontextu. Tato dovednost vzniká na základě studia teorie, ale její rozvoj je možný pouze přes praktickou zkušenost práce s pacienty, kterou nejvýznamněji rozvíjí systematická supervize (33). Dobrá konceptualizace vychází z porozumění a respektování vědeckého základu léčby. Kompetentní KBT terapeut má dostatek znalostí o vědeckých základech kognitivní teorie psychických poruch, je si ale také vědom omezení současných vědeckých poznatků (34). Je pro něj důležité, aby znal nejnovější vývoj v KBT, jak v oblasti výzkumu, tak v oblasti praktické aplikace, aby byl schopen práce se schématy, využíval behaviorální experimenty, užíval flexibilně práci s imaginací při zpracování traumatických emocí z dětství, přepisu traumatu, uměl pracovat s všímavostí a s meta-kognicemi atd. Kompetentní KBT terapeut se také dívá se zdravým skepcizmem na svoji vlastní práci, která je podobná vědecké práci. Každá konceptualizace případu je vlastně hypotézou, výběr strategie pak metodou,

jejíž výsledek vidí v měřitelném výsledku. V kognitivně behaviorální terapii je součástí konceptualizace případu behaviorální, funkční a kognitivní analýza, zmapování aktuálních příznaků v kategoriích antecedentů, kognicí, emocí, chování, důsledků a interpersonálních souvislostí, určení predisponujících a precipitujících faktorů a zmapování jádrových schémat a podmíněných přesvědčení, které se současnými problémy souvisí.

- c) *Intervence* terapeuta mají vycházet z konceptualizace případu. Jsou navrženy tak, aby zmírnily utrpení pacienta a podpořily jeho zdraví, upravily jeho stav k prospěchu jeho samotného, ale také jeho rodiny a širšího okolí. Přiměřená volba terapeutických intervencí vyžaduje průběžný růst terapeutových dovedností, kam patří seznamování se s novými poznatky oboru, s pokroky v terapii, znalost etických a právních norem, rozlišování individuálních a kulturních rozmanitostí (35, 36). Pro kognitivně behaviorální terapii je typický důraz na důsledný nácvik jednotlivých intervencí pomocí hraní rolí a jejich zvládání v supervizi s použitím audio- nebo video-feedbacku (21).
- d) *Sebereflexe* je komplexní proces, spočívající v uvědomění vlastních kognicí a postojů terapeuta, jeho emocí a chování k pacientovi a také jak souvisí s jeho osobními jádrovými schématy a podmíněnými předpoklady a jejich případná modifikace při práci na sobě nebo v supervizi. Z KBT pohledu sebereflexe vyžaduje (5, 21, 37, 38):
- vyvinutou dovednost uvědomit si, pozorovat a přemýšlet o tom, co terapeut sám prožívá
 - schopnost mít odstup sám od sebe, vyznat se ve vlastních emocích, schopnost být pravdivý k sobě a nenalhávat si, ochota přiznat vlastní nedostatky a slepá místa, schopnost unést kritiku a poučit se z ní, ochota nechat se supervidovat, touha po dalším porozumění své úloze v terapii konkrétního pacienta
 - schopnost porozumět, které reakce terapeuta souvisejí s protipřenosem
 - terapeutické využití vlastních myšlenek, představ, emocionálních a tělesných zážitků v interakci s pacientem

(2) Specifické kompetence

Specifické kompetence představují specifické dovednosti a vědomosti, jako je diagnostika a hodnocení, vedení terapie nebo supervize, schopnost strukturovat sezení, zadávat pacientovi přiměřené

domácí úlohy a smysluplně využívat jejich plnění k rozvíjení pacientových dovedností řešit své problémy, konceptualizovat problémy pacienta v termínech dysfunkčních postojů a vzorců chování. Nedílnou součástí kompetentní kognitivně behaviorální terapie je používání empiricky ověřených přístupů v léčbě. Příkladem takových metod jsou behaviorální aktivace (39), racionální přerámování významu (40), odstupňovaná expozice a interoceptivní expozice u pacientů s panickou poruchou (41), expozice a zabránění rituálům u OCD (42), opakované propracování traumatu v kombinaci se změnou významu události u PTSD (43) a dlouhý seznam dalších. Tyto KBT procedury jsou nekompetentněji prováděny tehdy, když je terapeut zkušený a na základě své konceptualizace případu ví, kdy má dovednosti použít, a použije je citlivě, v pravý čas a s vysokou mírou profesionality, pomocí vhodných škál hodnotí stav pacienta před intervencí a po intervenci, aby zjistil, zda byla pro pacienta přínosná, dbá na generalizaci toho, co se pacient během intervence naučil, tím, že systematicky zadává domácí úkoly. Volba a výběr intervence, eventuálně její preference před jinými, může souviset také s přenosovým a protipřenosem vztahem, kterých by si terapeut měl být vědom nebo by se o nich měl přínosným způsobem dozvědět během své supervize (44–46). Bohaté výsledky studií s kognitivně behaviorální terapií skýtají velmi povzbuzující obraz (47), ale hodně práce ještě zbývá na výzkumu přístupů, které by pomohly pacientům rezistentním na různé terapeutické přístupy, včetně farmakoterapie (48). Fakt, že existuje řada velmi účinných přístupů v KBT terapii, však neznamená, že jednotlivý terapeut je schopen jich přiměřeně použít v případě potřeby pacienta. Zejména u složitějších a rezistentních pacientů může být rozdíl mezi jednotlivými terapeuty propastný. Někteří terapeuti přímo odmítají složitější pacienty (jako hraniční pacienty, pacienty s hypochondrickou poruchou, poruchou osobnosti) a mluví o tom, že jde o pacienty, u kterých KBT není indikována, ačkoliv ze studií jasně vyplývá, že je z možných psychoterapeutických přístupů indikována nejvíce. Také skutečnost, že řada velmi účinných KBT přístupů pro rezistentní pacienty byla vytvořena až v posledních letech, vede k tomu, že pokud terapeut nesleduje aktuální vývoj a neabsolvuje doplňující workshopy, není je zpravidla schopen použít. Tato situace je ještě vážnější v České republice a podobně v bývalém východním bloku, kde není součástí kultury vzdělávání samozřejmé sledování současného vývoje ve světě v anglických časopisech a na internetu. Na druhé straně není možné, aby každý terapeut byl schopen pracovat s každým problémem a znal a uměl

všechny terapeutické možnosti, které je možné použít (49). Nicméně úroveň kompetence KBT terapeuta pozitivně souvisí s mírou zlepšení v terapii, jak prokázalo několik studií u deprese (3, 50).

To, co propojuje jednotlivé elementy účinné a kompetentní kognitivně behaviorální terapie, je schopnost empirického myšlení, schopnost uspořádat klinická data hodnověrným způsobem, který je smysluplně spojuje, dále schopnost vytvářet a ověřovat hypotézy a volit vhodné intervence, které z těchto hypotéz vyplývají. Navíc jedním z charakteristických znaků kognitivně behaviorální terapie je to, že se v jejím průběhu pacienti učí, aby sami přemýšleli více empiricky, učí se, jak mají rozlišit mezi subjektivními dojmy a objektivními daty, jak mají sledovat důležité aspekty svého vlastního fungování, jak mohou snížit tendenci připisovat kauzální vlivy náhodným okolnostem a jak mají vytvářet hypotézy, které mohou systematicky ověřovat pomocí behaviorálních experimentů nebo jiným přiměřeným způsobem.

Jedním z nejjasnějších příkladů klinického empiricismu je formulace případu jako sada hypotéz (50, 51), které jsou pak podrobovány testování a revizi, pokud se objeví nové informace, jež některé z hypotéz zamítají.

- a) *Jádrové techniky* – KBT terapeut potřebuje dobře ovládat několik základních kognitivně behaviorálních technik a dovedností, některé z nich pak učí i své pacienty. Patří sem:
- Sebe-sledování – slouží k získávání údajů o nejdůležitějších situacích, myšlenkách, chování, emocích a důsledcích
 - „Řízené objevování“ – kladení otázek, které umožňují objevit další alternativní významy a hodnocení
 - Vytváření nových způsobů chování pomocí hraní rolí v sezení nebo pomocí domácích úkolů, jako jsou behaviorální experimenty
 - Plánování aktivit, u kterých lze oprávněně předpokládat, že přinesou pacientovi prožitek radosti, úspěchu a smysluplnosti
 - Relaxace a kontrolované dýchání ke snížení napětí, úzkosti, hněvu, někdy ke zmírnění silných reakcí při expozicích in vivo, interoceptivních nebo v imaginaci
 - Provádění a využívání stávajících dovedností a domácích úkolů v nových situacích, aby se zvýšila šance na udržení terapeutického efektu

Stejně tak musí být KBT terapeut schopný reflektovat své vlastní dovednosti a udržovat si schopnost uplatňovat je přirozeně

a samozřejmě, plynule a kdykoliv je to pro léčbu pacienta potřebné (52). Pokud vycházíme z filozofie spolupráce, terapeut by měl být schopen strukturovaně vést pacienta pomocí otázek a vytváření hypotéz, nikoliv mu jen pasivně naslouchat nebo mu, což je druhý extrém, autoritativně nařizovat. Existuje celá řada dalších KBT technik, které je možné odvodit z výše uvedených jádrových technik. Přehled těchto technik překračuje možnosti rozsahu tohoto textu, ale lze jej nalézt v některých publikacích (53, 54).

- b) *Dosažení a udržení funkčních kompetencí v kognitivně behaviorální terapii* – Základním předpokladem, aby terapeut potřebné dovednosti zvládal optimálním způsobem, je dostatečné množství praxe. Dobrý kognitivně behaviorální terapeut by se měl snažit uplatňovat své dovednosti pokaždé, když hovoří s pacientem. Nutnou, ale nikoliv dostačující podmínkou pro získávání a udržování terapeutických dovedností je dostatečný počet aktivně léčených pacientů. Tyto dovednosti musel ovšem předtím terapeut získat pomocí hraní rolí ve výcviku a musely být opakovaně vylepšovány v průběhu supervize a zkoušeny pomocí aplikace na vlastní problémy (4). Dokonce i u zkušených terapeutů se stává, že přestanou některé strategie aktivně uplatňovat. Tento fenomén, známý jako „*terapeutický drift*“, je určitou formou zabezpečovacího chování, které postupně vede k tomu, že terapeut ztrácí odvahu některé terapeutické strategie používat (55), případně je pro něj pohodlnější s pacientem jen rozmlouvat a empaticky reflektovat, než být aktivní. Pacient se může v takto vedené terapii krátkodobě sice cítit lépe, ale zpravidla nezmění důležité aspekty svého myšlení a chování. Obava, že pacient nebude schopen některé KBT strategie zvládnout (zejména expozice, hraní rolí, práci se schématy, práci s traumaty v imaginaci apod.), vede terapeuta k převážně suportivnímu, nedirektivnímu přístupu, který způsobuje, že KBT pak nefunguje. Pokud terapeut tyto aktivní strategie nepoužívá, postupně je pro něj jejich uplatňování stále méně samozřejmé a má stále větší obavy je použít.

(3) Rozvojová dimenze

Rozvojová dimenze se zaměřuje na to, v jakém období výcviku se frekventant výcviku nachází, a zabývá se tím, co ve které fázi svého profesionálního růstu frekventant může umět

a jaká je v daném stadiu přiměřená supervize (4). Zdá se, že existuje shoda mezi jednotlivými terapeutickými směry, že udělená výcviková licence může garantovat kompetence terapeuta jen po určité časové období a že je potřebné rozvíjet terapeutické kompetence celý život (56, 57).

Kompetence pro supervizní proces v KBT

Supervizor má celou řadu úkolů a odpovědností, jak vést supervidovaného, umožnit mu co nejsamostatnější profesionální růst, naučit jej přitom terapeutické dovednosti, dbát na etické principy, pomoci mu, aby nevyhořel, a přitom zároveň stále mít jako nejdůležitější cíl blaho pacienta (58, 59).

Základní kompetence v KBT supervizi

KBT supervizor musí mít tytéž kompetence, jako má KBT terapeut, ale navíc musí být schopen utvořit supervizní vztah, který je v řadě parametrů odlišný od terapeutického vztahu (21), musí posilovat supervidovaného a přitom mu dát dostatek prostoru pro samostatný růst, porozumět dobře svému vlivu a moci nad supervidovaným a jasně si uvědomovat, ve které fázi svého terapeutického vývoje supervidovaný je (57). Supervizor musí být připraven probírat kulturní, etnické a jiné odlišnosti, být k nim citlivý a plný respektu. Supervizor má také zodpovědnost za vývoj supervidovaného a za svoje vstupy do jeho práce skrze svá doporučení. Musí si uvědomovat protipřenos supervidovaného i svůj a otevřeně o něm mluvit nezraňujícím způsobem (24). Také potřebuje hlídat hranice supervizního procesu tak, aby se ze supervize nestala osobní psychoterapie (4). Dále je supervizor vzorem pro supervidovaného, jak se klinicky rozhodovat, eticky myslet, jak komunikovat v pozitivním smyslu, posilovat, chápat a vést druhého člověka, jak se starat o svůj další růst, bránit se vyhoření, interdisciplinárně spolupracovat a brát v úvahu i jiné možnosti.

- a) *Specifické kompetence v KBT supervizi* – Supervizor probírá se supervidovaným konceptualizaci případu, vede supervidovaného k dalšímu studiu, ukazuje mu zdroje, probírá alternativy jeho přístupu, může jej učit novým dovednostem a technikám, dává mu možnost, jak si tyto dovednosti procvičovat (např. při práci v imaginaci či formou hraní rolí v supervizních setkáních) (21, 50). Úkolem supervizora je naučit supervidovaného rozumět a chovat se ke pacientovi

způsobem, zajišťujícím co nejlepší výsledek terapie, podpořit rozvoj vlastního terapeutického stylu, podpořit sebevědomí supervidovaného, pomoci mu hlouběji porozumět své práci s pacientem v co nejširším kontextu, včetně postojů k sobě, k druhým a světu, naučit ho porozumět postojům, myšlenkám, chování nebo emocím, týkajícím se přenosu a protipřenosu (33, 60, 61). Proto by se měl supervizor chovat takovým způsobem, který vyžaduje od supervidovaného projev respektu a empatie, vytvářet atmosféru bezpečí a přijetí, povzbuzovat a oceňovat, být kongruentní, mít schopnost odhalit skryté kontrakty v terapii a přijatelným způsobem na ně terapeuta upozornit, nabízet terapeutovi ke zvážení i další možná řešení, být přímočarý a optimistický při chování k druhým lidem (62). Pro vedení supervize by měl supervizor umět (8): (a) konzultovat a podněcovat; (b) sledovat administrativní aspekty terapie (vedení záznamů); (c) vytvořit vztah usnadňující učení; (d) vyučovat, rozvíjet a upevňovat; (e) posilovat samostatnou schopnost objevovat a volit; (f) hodnotit proces a alternativy rozhodování; (g) monitorovat profesionální etické problémy; (h) poskytovat odborné rady. Úlohou supervizora však není jen supervidovaného uklidnit v bezpečném prostředí supervizního vztahu a umožnit mu prožít přijetí a ocenění (což jsou nutné základy, na kterých další kroky supervize stojí), ale také jej podněcovat k hledání a poskytovat mu i negativní zpětnou vazbu způsobem, který je více podněcující než kritický (63). Supervizor by měl pravidelně poslouchat nahraná sezení supervidovaného a poskytovat mu vysoce specifickou zpětnou vazbu, která je zaměřena nikoliv na kritiku ale na další rozvoj dovedností supervidovaného (8, 64). Aby mohli supervidovaní kvalitativně a kvantitativně supervizi hodnotit, je možné použít stupnici kognitivní terapie (65), která pokrývá všechny důležité základní složky, jež by KBT sezení mělo pokrýt (vytvoření programu sezení, navázání spolupráce, zaměření na klíčové chování a kognice, porozumění problému, použité strategie změny, vyžádání zpětné vazby, probrání a zadání domácího úkolu a další); a hodnotí je na stupnici 0–6. Pravidelné používání této škály může ukazovat kvalitu sezení, což pak souvisí s výsledkem terapie (3). V průběhu supervize se supervizor zabývá především porozuměním a chováním terapeuta k pa-

cientovi nebo postoji a emočními reakcemi terapeuta. Je však důležité, aby reflektoval i širší pozadí, na kterém se to vše odehrává, a také si uvědomoval vlastní postoje, emoční reakce a vzorce chování, které do procesu supervize zasahují.

- b) *Rozvojová dimenze v KBT supervizi* – v průběhu terapeutického zraní supervidovaného náročnost supervize postupně narůstá, od jednoduché konceptualizace případu a kognitivní restrukturalizace, přes hraní rolí, využívání imaginace, práci s jádrovými schémami, až k práci s terapeutickým vztahem a protipřenosovými reakcemi. Terapeut se postupně učí porozumět i širším souvislostem terapeutického vztahu ve vztahu k minulosti a sociálnímu pozadí pacienta a učí se zpracovávat vlastní protipřenosové reakce (66, 67). Didaktická role supervize v průběhu času ustupuje do pozadí a hlavní metodou zjišťování faktů i konceptualizace případu se stává řízení objevování, hraní rolí, imaginace, práce s vlastními postoji. Formát pokročilé supervize je plně na dohodě všech zúčastněných, supervizor může nabízet, nicméně nejdůležitější je, že supervidovaný sám přichází s jasně formulovanou zakázkou.

Závěr

V oblasti psychoterapie se v poslední době vynořila potřeba jasně stanovit kompetence psychoterapeuta při provádění psychoterapie. Kognitivně behaviorální terapeuti mohou ukončit svůj výcvik pouze tehdy, když prokáží jak vysokou úroveň základních terapeutických kompetencí, které jsou podobné jako v jiných psychoterapeutických směrech (schopnost navázat terapeutický vztah, rozumět pacientovi, být empatický, povzbuzující a neodsuzující, projevoval zájem o pacienta, udržet si hranice apod.), tak vysokou úroveň specifických kognitivně behaviorálních kompetencí, které se týkají specifické kognitivně behaviorální konceptualizace případu se stanovením a ověřením platnosti hypotéz ohledně toho, co ke vzniku problému vedlo a co jej udržuje, schopnosti hodnotit a měřit dosaženou změnu, podle individualizované konceptualizace případu aplikovat na míru ušité terapeutické strategie, vést pacienta, předvádět mu vhodné chování jak při hraní rolí, tak v reálných situacích, poskytovat mu zpětnou vazbu, učit jej, aby sám dokázal zhodnotit své chování, myšlenky a emoce a plánovat strategie k jejich zvládnutí apod.

Pro kvalitní nabytí terapeutických vědomostí, dovedností a postojů je potřebná pravidelná supervize, která supervidovanému pomáhá postupně krok za krokem podle stadia jeho terapeutického výcviku a zraní uvádět vše do praxe, uvažovat o tom i dalších možnostech, zvažovat alternativy, etická témata i vlastní síly.

Literatura

1. Grey N, Salkovskis P, Quigley A, et al. Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008; 36: 509–520.
2. Kuyken W, Tsivrikos D. Therapist competence, co-morbidity and cognitive-behavioural therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78: 42–48.
3. Trepka C, Rees A, Shapiro DA, et al. Therapeutic competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 2004; 28: 143–157.
4. Newman CF. Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010; 47: 12–19.
5. Kaslow NJ, Dunn SE, Smith CO. Competencies for psychologists in Academic Health Centers (AHCs). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2008; 15: 18–27.
6. Kaslow NJ. Competencies in professional psychology. *American Psychologist* 2004; 59: 774–781.
7. Beitman B, Yue D. *Learning Psychotherapy: A Time-Efficient, Research-Based, and Outcome-Measured Training Program*. New York, Norton 1999.
8. 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.
9. Bennett-Levy J, McManus F, Westling BE, et al. Acquiring and Refining CBT Skills and Competencies: Which Training Methods are Perceived to be Most Effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009; 37: 571–583.
10. Bennett-Levy J, Lee N, Travers K, et al. Cognitive therapy from the inside: enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2003; 31: 145–163.
11. Rodolfa E, Bent R, Eisman E, et al. A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Science and Practice* 2005; 36: 347–354.
12. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford; 2000.
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford, 2003.
14. Hardy G, Cahill J, Barkham M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In Gilbert P, Leahy RL (Eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies* (pp. 24–42). London: Routledge.
15. Persons J. *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation*. New York, WW Norton 1989.
16. Kimmerling R, Zeiss A, Zeiss R. Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. *Cogn Behav Pract* 2000; 7: 312–321.
17. Leahy RL. *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. The Guilford Press, New York 2003.
18. Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, et al. Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther* 2006; 35(3): 174–182.
19. Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, et al. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *J Consul Clin Psych* 2007; 75: 104–115.

20. Gilbert P, Leahy RL. The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. London, England: Routledge-Brunner 2007.
21. Prasko J, Diveky T, Grambal A, et al. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. Biomed Papers 2010a; 154: 189–198.
22. Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, et al. Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 337–345.
23. DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. Clinical Psychology: Science and Practice 2005; 12: 174–183.
24. Prasko J, Vyskocilova J. Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2010b; 52(4): 251–260.
25. Prasko J, Vyskocilová J, Slepecky M, et al. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. Biomed Papers 2011, 155:XX.epub ahead.
26. Rogers CR. On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable and Company. 1967.
27. Patterson CH. Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: a review of reviews. Psychotherapy 1984; 21: 431–438.
28. Bennett-Levy J. Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2006; 34: 57–78.
29. Greenberg LS. Emotion in the relationship in emotion focused therapy. In: Gilbert P, Leahy RL (Eds.). The Therapeutic Relationship in the Cognitive-Behavioural Psychotherapies (pp. 43–62). London: Routledge, 2007.
30. Thwaites R, Bennett-Levy J. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2007; 35: 591–612.
31. Nisbett RE. The Geography of Thought: How Asians and Westerners Think Differently: And Why. New York, NY: Free Press 2003.
32. Tseng WS, Streltzer J. Cultural Competence in Clinical Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press 2004.
33. 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.
34. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression Hoboken, NJ: Wiley 1999.
35. Vargas LA, Porter N, Falender CA. Supervision, culture and context. In: Falender CA, Shafranske EP (eds.). Casebook for Clinical Supervision. American Psychiatric Association, Washington 2008: 121–136.
36. 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.
37. Hoffart A, Versland S, Sexton H. Self-understanding, empathy, discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: a process-outcome study. Cognitive Therapy and Research 2002; 26: 199–219.
38. Aubuchon PG, Malatesta VJ. Managing the therapeutic relationship in behavior therapy: the need for a case formulation. In: Bruch M, Bond FW. Beyond Diagnosis. Case Formulation Approaches in CBT. Wiley, Chichester 2003: 141–166.
39. Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, et al. Behavioral activation for depression. In: Barlow DH (ed). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step treatment manual. New York, NY: Guilford Press 2008: 328–364.
40. Strunk DR, DeRubeis RJ, Chu AW, et al. Clients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relaps risk following treatment for depression. J Consult Clin Psychology 2007; 75: 523–530.
41. Addis ME, Hatgis C, Cardemil E, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. J Consult Clin Psychology 2006; 74: 377–385.
42. Wilhelm S, Steketee GS. Cognitive Behavioral Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for Professionals. Oakland, CA: New Harbinger, 2006.
43. Resick PA, Monson CM, Rizvi SL. Posttraumatic stress disorder. In: Craighead WE, Miklowitz DJ, Craighead LW (eds.). Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations. Hoboken, NJ: Wiley 2008: 234–278.
44. Linehan MM, Khehr CA. Borderline personality disorder. In: Barlow DH (ed.). Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. The Guilford Press, New York 1993: 396–441.
45. Beck AT, Freeman A, Davis DD and Associates: Cognitive therapy of Personality Disorder. The Guilford Press, New York, 2004.
46. Newman CF, Beck AT. Cognitive therapy. In: Kaplan RM, Saddock BJ (eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry (9th ed.), Baltimore, MD: Lippincott, Williams and Wilkins, 2009: 2857–2873.
47. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review 2006; 26: 17–31.
48. Coffman SJ, Martell CR, Dimidjian S, et al. Extreme non-response in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? J Consulting Clin Psychology 2007; 75: 531–541.
49. Dobson D, Dobson KS. Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy. New York, NY: Guilford Press 2009.
50. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. New York, NY: Guilford Press 2009.
51. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.
52. Bennett-Levy J. Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioral Cognitive Psychotherapy 2006; 34: 57–78.
53. Leahy RL, Holland SJ. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety. New York, NY: Guilford Press 2000.
54. Freeman A, Felgoise SH, Nezu AM, et al. Encyclopedia of Cognitive Behavioral Therapy. New York, NY: Springer 2005.
55. Waller G. Evidence-based treatment and therapist drift. Behaviour Research and Therapy 2009; 47: 119–127.
56. Lichtenberg JW, Portnoy SM, Bebeau MJ, et al. Challenges to the assessment of competence and competencies. Professional Psychology: Research and Practice 2007; 38: 474–478.
57. Kaslow NJ, Rubin NJ, Forrest L, et al. Recognizing, assessing, and intervening with problems of professional competence. Professional Psychology: Research and Practice 2007; 38: 479–492.
58. 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.
59. 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.
60. Waltz J, Addis M, Koerner K, et al. Testing the integrity of a psychotherapy protocol assessment of adherence and competence. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 620–630.
61. 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.
62. 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.
63. Hawkins P, Shohet R. Supervize v pomáhajících profesích. Portál, Praha 2004.
64. Newman CF, Beck AT. Selecting, training, and supervising therapists in randomized controlled trials. In: Nezu AM, Nezu CM (eds.). Evidence-Based Outcome Research: A Practical Guide to Conducting Randomized Controlled Trials for Psychosocial Intervention. Oxford, England: Oxford University Press 2008: 245–262.
65. Young J, Beck AT. Cognitive Therapy Rating Scale Manual. University of Pennsylvania, Philadelphia 1980.
66. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, et al. Effects of training in time-limited psychotherapy: changes in therapist behavior. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 434–434.
67. Rodenhauser P. Psychiatry residency programs: trends in psychotherapy supervision. Am J Psychother. 1992; 46(2): 240–249.

Článek doručen redakci: 31. 7. 2011

Článek přijat k publikaci: 26. 8. 2011

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
Klinika psychiatrie, LF UP v Olomouci
Fakultní nemocnice Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
prasko@fnol.cz

