

Etika a psychoterapie

Mgr. Jana Vyskočilová

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

Teorie etiky a etické reflexe může být aplikována jak na teorii, tak na praxi v psychoterapii. Etika a psychoterapie k sobě mají přirozenou afinitu. Praxe psychoterapie se zabývá lidskými problémy, dilematy, emocemi, které souvisejí jak s vlastními hodnotami, tak s hodnotami druhých lidí. Filozofická reflexe sama o sobě není dostatečným základem pro etiku psychoterapie, ale může pomoci ve zkoumání postojů, které se týkají psychoterapie, psychiatrie i péče o zdraví.

Klíčová slova: etika, psychoterapie, přenos, protipřenos.

Ethics and psychotherapy

Ethical theory and reflection can be applied to both the theory and practice of psychotherapy. Ethics and psychotherapy have a natural affinity. The practice of psychotherapy deals with human problems, dilemmas and emotions that are related to both one's own values and other people's values. Philosophical reflection in itself is not an adequate basis for psychotherapy ethics, but it does facilitate impartial examination of the assumptions that are commonly made in psychotherapy, psychiatry and health care.

Key words: ethics, psychotherapy, transference, counter-transference.

Psychiatr. praxi 2013; 14(4): 174–178

Úvod

Etika se zabývá tím, co by mělo nebo nemělo být v mezilidských vztazích a teorie psychoterapie tím, co se mezi lidmi v interpersonálním prostoru děje, jak vědomě, tak nevědomě. Zdá se, že psychoterapie a etika mají mezi sebou přirozené propojení a že použití psychoterapie bez etického zřetele by už vlastně nebylo psychoterapií (1). Etickými otázkami se zabývala od nepaměti filozofie. Filozofie, antropologie a psychologie původně prakticky splývaly, byly „holistickou vědou o člověku“, která se zabývala určením člověka, jeho chováním k sobě, druhým i celku. Filozofické závěry Sókrata a Platóna se týkají především etického chování. Pro etický způsob myšlení je Sókrates inspirující hlavně použitím formy dialogu pro porozumění určitým otázkám, jde o tzv. Sokratovské dotazování. Induktivní otázky směřující k jádru věci, které Sókrates pokládal svým protějškům, vedly k tomu, že partneři nečekaně docházeli k novému vhledu do situace. Podobně později Epikúrovci předpokládali, že etické otázky jsou to zásadní, čemu by se měla filozofie věnovat, protože otázky kosmologické nemají pro lidský život prakticky žádný význam.

Podobně v psychoterapii se klient učí postupně nahlédnout na to, co jak a proč ve svém životě prožívá a jak utváří své vztahy s druhými. Pomocí zvýšeného sebeuvědomování a hlubšího porozumění se rozvíjí jeho samostatnost a dochází ke změnám v jeho chápání sebe sama, svého místa ve světě, svých vztahů. Dochází ke změnám, z nichž některé jsou chtěné a dají se předpokládat, některé jsou však jen tušené, a někdy

také ke změnám, kterých by se klient raději zřekl nebo by je na počátku léčby nevolil. Často není schopen předem odhadnout, jaké jeho změna bude mít důsledky pro něj i jeho okolí, zda pak nedojde k proměně rolí a chování ve vztazích, zda některé vztahy neztratí, aniž by si to předem přál. Tyto důsledky z velké části není schopen plně odhadnout ani terapeut (2). Jeho snahou je však vést poctivě klienta tak, aby jeho volby byly autonomní, nikoliv terapeutem indukované. Psychoterapeutický proces tedy již od samotného počátku může přinášet řadu dilemat, která by terapeut měl reflektovat a s klientem probrat. Jak tyto informace u toho kterého klienta podat, je však dilema, protože by je dostat na jedné straně měl, na druhou straně jej však mohou odradit od terapie, i když ji potřebuje.

Etická reflexe

Explicitní pozornost pro etické otázky v psychoterapii se zřetelně objevila relativně pozdě, prakticky až v 90. letech minulého století. Etický důraz byl však v teorii i praxi psychoterapie automaticky uplatňován během vývoje psychoterapie (3, 4). Etická reflexe však může být aplikovaná jak na teorii, tak na praxi psychoterapie vědomým, cíleným a promyšleným způsobem (3). V každodenní praxi musí psychoterapeuti nutně projednávat vědomé střety mezi možnostmi terapie, přáním klientů, svými a klientovými představami a reálným světem. Terapeuti musí dodržovat povinnou mlčenlivost, měli by respektovat potřebu informovaného souhlasu a terapeutického kontraktu a terapii udržovat v domluvených a zároveň etických hranicích.

Je pro ně zásadní rozumět povaze a potřebě hranic, obzvláště vztahených k důvěrnosti a diskrétnosti, a jasně precizovat postoje a chování, které brání ekonomickému, emočnímu či sexuálnímu zneužívání klientů (4).

Etická reflexe je proces, který vyplývá z hlubších postojů terapeuta a z jeho hodnot. Postoje a hodnoty jedince nebo skupiny významně ovlivňují terapii, volbu strategií i chování ke klientovi a často působí na neuvědomované, nereflétkované úrovni (3). Základní postoje terapeuta k lidem a k sobě typicky nejsou v průběhu léčby konkrétního klienta běžně podrobovány analýze, pokud se k tomuto tématu neobrátil supervize. Typickým příkladem takového postoje je značkování klientů (4). Pokud je terapeut nebo terapeutický tým přesvědčen např., že klienti s poruchami osobnosti netrpí svými příznaky a problémy, ale zveličují je a usilují o tzv. sekundární zisky, automaticky uplatňují značkovací moralistický pohled a mají tendenci bagatelizovat vše, co klienti řeknou, razantně je konfrontovat a trestat za symptomové chování. Toto své chování pak považují za „stanovení hranic“, byť jde nejčastěji o emoční zneužívání.

Základní principy, jako prospěšnost, poctivost, čestnost, spravedlnost a respekt pro všechny lidi platí stejně pro psychology, psychiatry, psychoterapeuty i supervizory. Vytváření etických kodexů je částečně odrazem uvědomění si, že psychoterapie je mocným terapeutickým prostředkem, který mění lidské myšlení, postoje a emoce a může jak pomáhat, tak škodit. Jde ale také o politické snažení, kterým terapeuti chtějí být viditelní a uznáni v tom, že jejich práce má sociální dopady.

Schopnost uvědomit si vlastní postoje a jejich etický rozměr a to, jak ovlivňují praxi, patří mezi důležité úkoly odpovědného terapeuta (3, 5, 6, 7). Je však třeba vědět, že řada postojů je starších než terapeutický výcvik a postoje osvojené v profesi. Rané zkušenosti vedou k vytvoření morálních postojů, které se internalizují, a pak uplatňují na vlastní i cizí chování. Dá se mluvit o „morálních schématech“, která automaticky spojují s určitým chováním hodnocení, zda je to „správné“ nebo „nesprávné“ z hlediska morálky. Například postoj „Krást je špatné“ vede automaticky k hodnocení každého zloděje jako „špatného“, pokud se pro něj nenalezne ušlechtilé vysvětlení, např. okradl jiného lumpa, aby získané předal člověku v nouzi. Většina lidí se shodne na tom, že „Je potřeba pomáhat druhým“ – postoj, který odráží důležitou etickou hodnotu. Přesto, proč se člověk rozhodne pomáhat druhým, může mít různé motivy. Samotné rozhodnutí může být neseno ušlechtilou představou, že pomáhat druhým v nesnázích je důležité a správné, ale také skrytým motivem může být potřeba moci, potřeba vděčnosti ostatních, kompenzace komplexů méněcennosti, potřeba řešit vlastní nevyřešené problémy apod. Motivů se zpravidla míší a jejich nositel si toho ani nemusí být vědom. Porozumění vlastním motivům v terapii klientů je jedním z cílů personální terapie psychoterapeuta a častým cílem supervizních intervencí (3).

Základní principy bioetiky a psychoterapie

Důležité hodnoty, na kterých je postavena bioetika, byly popsány Beauchampem (5) jako „čtyři principy“, kam patří respekt k autonomii, prospěšnost, neškození a spravedlnost. Tyto bioetické principy mohou sloužit také k etické reflexi v psychoterapii (5, 6):

Psychoterapie a autonomie – Pomoc při rozvíjení autonomního zralého jedince patří k nejčastěji citovaným cílům psychoterapie (1). Nicméně klient, který vyhledá terapii, má na mysli tento cíl jen vzácně. Spíše se trápí depresí, úzkostí, nespokojeností v životě, vztahovými problémy. Jeho zájem je, aby mu terapeut pomohl, nikoliv aby jej učil být samostatným. Primárně se chce zbavit negativních prožitků a fakt, že by měl „dozrát“, vnímá spíše jako ponižující (také mu to terapeut nesděluje, i když v tom je podstata změny a zmírnění či vymizení potíží). Klient požaduje spíše rady a poučení, co má ve své životní situaci dělat; zpravidla ho nenapadá, že by měl hledat svojí cestu k nezávislosti a samostatnosti. Dostáváme se tak do zvláštního paradoxu – kli-

ent sám od sebe – svobodně – požaduje, abychom mu poradili, a terapeut na jeho požadavek odpovídá tím, že jej vede postupně k tomu, aby se naučil poradit si sám.

Na rozdíl od somatické medicíny, kde je možné většinou oddělit instrumentální složku od vztahové složky léčby a např. dobrý chirurg nemusí být nutně empatickým, pravdivým, podporujícím a kongruentním člověkem, aby se operace zdařila, v psychoterapii je velmi obtížné, ne-li nemožné oddělit vztahovou složku od instrumentální. Navíc, psychoterapie vyžaduje oboustrannou spolupráci, proto je výsledek závislý na vzájemné sympatii, ochotě a schopnosti spolupráce, vůli a dalších vztahových charakteristikách terapeuta a klienta. Terapeut se snaží klientovi pomoci tím, že vytváří podmínky pro vznik dobrého terapeutického vztahu. Dobře navázaný terapeutický vztah poskytuje klientovi tzv. *atmosféru bezpečného rizika*. Je to prostor, ve kterém je možné mnoho z toho, co bylo dosud jinak nepřijatelné. Klient se nemusí obávat dopadů svých myšlenek na svůj život a může si zkoušet nové chování, postoje atd., a to v prostředí, kde případný neúspěch neznamená selhání. Terapeut na vytváření dobrého terapeutického vztahu pracuje od prvního setkání s klientem. Vystupuje v roli experta, který nabízí pomoc, ale současně jasně vymezuje spolupráci. Svoboda volby klienta, přestože je proklamována a nabízena, je tak trochu iluzí. Klient, který přichází do terapie, bývá psychologicky ve stavu, kdy často nelze mluvit o svobodné volbě; volba je diktována jeho frustrací, úzkostí či bezmocí. Často má problém definovat svoje problémy a cíle a terapeutova významná pomoc při formulaci je nutná. Cílem terapeuta je pomoci klientovi, aby se na konkretizaci podílel co největším dílem, samostatná formulace však často přesahuje možnosti stresovaného klienta. Lze takto stanovené problémy a cíle léčby považovat za dostatečně autonomní? Nakolik jsou indoktrinované vlastním pohledem, vědomými nebo nevědomými přáními a potřebami terapeuta? Terapeut nabízí strategie a kroky léčby, o kterých má klient zpravidla předem pramálo informací. Záleží spíše na tom, zda terapeutovi důvěřuje, než na jeho autonomii. Často ví velmi málo nebo vůbec nic o alternativních přístupech v léčbě. Eticky orientovaný terapeut by ho měl o tom informovat.

V procesu terapie, zejména pokud je dlouhodobá, může dojít ke krizím v terapeutickém vztahu (3). Charakter této krize je možné do určité míry předpovědět z úvodního vyšetření, nicméně tyto odhady mají daleko k tomu, aby

bylo možné krizi zabránit. Je možné, že během úvodních sezení se ukáže, že vztah mezi terapeutem a klientem nebude únosný díky osobnostní inkompatibilitě. Klient už mohl ale zaplatit několik sezení a nyní se má dozvědět, že pokračování nemá smysl. Proto řada terapeutů odděluje proces hodnocení od terapie. Jinou možností je předem uzavřít informovaný souhlas na několik prvních sezení a v případě, že je zjevné, že terapie nebude fungovat, otevřeně to společně probrat. Pokud se rozhodne nepokračovat v terapii klient, etický problém nevzniká, i když je třeba porozumět a pomoci porozumět možným důvodům. Problém však nastává v případě, že se nepokračovat rozhodne terapeut a klient o léčbu stojí. Jakým způsobem to vysvětlit klientovi, aby nedošlo k iatrogenii? Konflikt blízký předešlému vychází z přirozené dichotomie bezpečí – autonomie. Vrozený pud dítěte k vyhledávání blízkosti určitých lidí a pocit větší jistoty v jejich blízkosti se nazývá *připoutání* (orig. attachment). Připoutání je tedy myšlena tendence dítěte k vyhledávání lidí pro pocit větší jistoty v jejich blízkosti. Jak potřeba autonomie, tak potřeba blízké vazby jsou u člověka jako druhu vysoce pravděpodobně vrozené. Projevují se od dětského věku až do vysokého stáří. Pokud potřeba blízké vazby, připoutanosti u klienta převažuje, je možné jeho volby a kroky považovat za autonomní? To jsou otázky, které si terapeut klade a snaží se na ně odpovědět s cílem, aby co nejméně interferoval s procesem volby klienta. Jeho úkolem je vytvořit natolik svobodný prostor, aby se klient mohl co nejsamostatněji rozhodovat sám.

Při setkání s novým člověkem se objevuje už od počátku určité očekávání jeho chování, přesto, že jej neznáme. Podobné myšlenky a emoce se objevují a objevovaly ve vztazích s podobnými lidmi, ať se jednalo o podobu fyzickou, věkem, podobnou roli či postavení. Tato tendence očekávat od vztahu určité chování už od samotného počátku se nazývá *přenosem*. Má adaptivní funkci – umožňuje základní orientaci podle určitých podobností s jinými vztahy v minulosti. To je důležité zejména pro vztahy, ve kterých můžeme být ohroženi. Přenosem jsou však zabarveny prakticky všechny vztahy, které člověk uzavírá. Až v průběhu času se dostávají do popředí skutečné charakteristiky druhého člověka. Přenos klienta k terapeutovi je zpravidla určován vztahem s důležitými autoritami v minulosti, jako jsou např. rodiče. V případě opačném, vztahu terapeuta ke klientovi mluvíme o protipřenosu (3, 7), který je určován jednak podobností klienta s jinými lidmi, jednak jeho pře-

nosovým chováním. Záměrem psychoterapie i supervize je oběma stranám vztahu porozumět a toto porozumění zahrnout do společného jednání. Pokud to děláme, nepřemýšlíme jen o druhém, ale zároveň také o sobě a své účasti na vztahu. Mluvíme o sebe-reflexi v terapii nebo supervizi (3, 7).

Psychoterapie a prospěšnost – Princip prospěšnosti ukládá povinnost klientům prospívat. Psychoterapie byla v minulosti často kritizována, že je málo účinná a tím málo prospěšná klientům, že změna postojů ani vhléd a porozumění, na kterých psychoterapie pracuje, neznamená ani zdaleka vymizení skličujících příznaků. Výzkum účinnosti psychoterapie ukazuje, že psychoterapie naopak účinná je a u některých poruch (úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, obsedantně kompulzivní porucha, hypochondrická porucha, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy a další) je to vůbec nejúčinnější prostředek pomoci (8, 9). Ovšem podobně jako u jiných léčebných metod, psychoterapie musí být indikována a prováděna tak, aby pomáhala konkrétnímu klientovi (9). Některé typy terapie mohou být více účinné u některých problémů a jiné u jiných a některé přístupy mohou být dokonce u některých problémů kontraindikované.

Základním požadavkem na terapeuta je, aby byl během psychoterapie empatický, vřelý a opravdový. To zpravidla pomáhá klientovi, aby se bezprostředně při setkání s terapeutem cítil lépe. Teorie psychoterapie u většiny psychoterapeutických směrů předpokládá, že toto terapeutovo chování je základním nástrojem pro terapeutickou změnu. Zde etický konflikt zpravidla není přítomen, pokud terapeut nesliboval nadměrně vysoké cíle nebo nenaznačoval, že ke změně stačí pouze to, co si řeknou v terapeutickém sezení. Na druhé straně je patrné, že psychoterapie přináší při některých krocích výrazný stres a v mnoha případech bez stresu není možné dosáhnout pokroku (například při expoziční léčbě, kdy se klient s fobií musí vystavovat fobickým podnětům, aby na ně postupně habituoval). Rovněž při probírání těžkých psychických traumat z dětství nebo při práci s komplikovaným smutkem, není prakticky možné vyhnout se faktu, že se klient cítí přechodně hůře, někdy dokonce velmi špatně, ať se terapeut snaží mu zpracování bolestných zážitků usnadnit sebevíc. Je to podobné jako stav po ortopedické operaci, kdy je k nápravě funkce končetiny potřebná poměrně bolestivá rehabilitace. Má však terapeut právo indukovat u klienta bolestné emoce, byť klienta o tom předem informuje?

Klient zpravidla nemá předem představu, jak bolestné jeho prožívání při probírání traumatického tématu bude. Na druhé straně je etické to nedělat, pokud není jiná možnost, jak klientovi dlouhodobě pomoci?

Vážnou etickou otázkou je, zda klienta léčit metodami, které nemají empirické důkazy o své efektivitě (1). Schopnost zvažovat s rozumným odstupem údaje z výzkumu, tvrzení autorit, přesvědčení vlastní školy, být nezaslepený a mít rozumný odstup, to vše patří mezi složitá etická dilemata. Problémem může být zaslepenost svým přístupem a slepá důvěra, že tento přístup pomůže navzdory opačné výzkumné evidenci. Například u těžší deprese je neúčinnější léčbou elektrokonvulzivní léčba a pak farmakoterapie, psychoterapie má jen podpůrnou roli. Jak nedostatečná znalost diagnostiky, tak neznalost důkazů o efektivitě, či fanatická důvěra, že přístup je všespásný, je vážným etickým problémem, často spojeným s nezralostí terapeuta. Zde se etický problém blahodárnosti pro klienta dostává na hranici školení klientovi.

Psychoterapie a neškodit – „Primum non cere“ je tradiční přístup v medicíně. Ovšem podobně jako u jiných léčebných metod, může psychoterapie, zejména pokud je špatně indikována nebo prováděna, uškodit. Také existují nežádoucí (vedlejší) účinky psychoterapie, které nejde předem plně odhadnout (například díky psychoterapii se klient rozvede). Ty je potřebné monitorovat a řešit, podobně jako je tomu při vedlejších účincích léčby v medicíně. Vážným etickým problémem je, pokud v tom terapeut ponechá klienta samotného, byť jej de facto k rozhodnému kroku dovedl. Psychoterapeuti se snaží „neradit“ a vést klienta k přijetí plné zodpovědnosti za svoje chování, což je v zásadě správné. Nicméně už způsob, jak kladou otázky, co v rozhovoru posilují a čeho si nevšímají, včetně jejich neverbálních projevů, může zásadním způsobem ovlivnit rozhodování klienta v důležitých otázkách v životě. V těchto případech říkat klientovi „je to na vás“ je spíše alibistickým uhnutím než etickým aktem.

U řady psychických poruch (ale také u somatických nemocí) se můžeme setkat s klienty s narušenými interpersonálními vztahy a s rigidním neadaptivním systémem chybných předpokladů o ostatních. To spolupráci znesnadňuje, ale zároveň nám to poskytuje cennou informaci o světě klientových vztahů – své dřívější nepřijemné zkušenosti má klient tendenci zobecnit na všechny lidi nebo autority, a to včetně terapeuta. Jak je zmíněno výše, mluvíme o přenosu (10). Úkolem terapeuta je pak nezaujímat role, do kterých je někdy klientem „manévrován“,

ale chovat se autenticky a přitom s porozuměním k některým jeho neadekvátním projevům. K nejnamáhavějšímu v dobré psychoterapeutické práci rozhodně patří *vyvarovat se komplementárního chování*, například nereagovat na agresi klienta protiagresí, neposkytovat úlevy při klientově nadměrné loajalitě apod. Toto komplementární chování je zpravidla diktováno protipřenosem (7).

I když v psychoterapii je klient obvykle minimálně ohrožen na tělesném zdraví, i to se může stát. Vyrůstát to může ze zneužití vztahu ať vědomého nebo nevědomého (11). Takové nebezpečí je vždy přítomno, pokud je ve vztahu jeden z partnerů závislý na druhém, k čemuž v psychoterapii dochází. Využití druhého znamená použít jej k dosažení svých cílů. I když většina lidí se většinu času chová důvěryhodně, jsou někteří z nich schopni v určitých situacích podvádět, lhát, krást, sexuálně využít, zranit a poškodit druhého pro vlastní cíle. Mezilidská „výměna“ bez zneužívání druhých je regulována pravidly reciprocity, které vytvářejí pocit „férovosti“ a explicitně jsou formulovány v zákonech. Řada klientů, kteří přicházejí do psychoterapie, byla zneužívána v dětství nebo dospělosti jako sexuální objekty nebo objekty narcismu, či obecně nezralosti rodičů. Jejich vlastní potřeby byly ignorovány, přehlíženy nebo obráceny proti nim. Naučili se žít v roli oběti, kdy za minimum gratifikace jsou ochotni se dále ponížovat a kdy zneužívání považují za sociální normu. Podobně někteří terapeuti měli sami trápení v dětství, které super-kompenzovali vyhledáním povolání, kde pomáhají druhým, s různým stupněm úspěchu (1). Terapeutický vztah je založen na důvěře – jak k jednotlivci, tak k organizaci. Tato důvěra společně s atmosférou otevřenosti, intimity a pravdivosti vytváří milieu, připomínající nejdůvěrnější vztahy. Klient je ve vztahu zranitelný a otevřený, často se svěřuje s věcmi, které nikdy nikomu neřekl, dokonce které si ani sám sobě nechtěl přiznat. To může být prostředkem hluboké transformace, bohužel i zneužití pro potřeby terapeuta, zejména pokud je klient na terapeutovi nadměrně závislý. Klienta lze zneužít pro potvrzování vlastního sebevědomí, z ekonomických či sexuálních důvodů (4). Klient může být poškozen terapeutovým mlčením, kritikou, odmítáním, které nejsou cílem změny klienta, ale potřebou gratifikace terapeuta (11). Zejména nejistí, úzkostní, či nadměrně sebekritičtí terapeuti snadno sklouznou do pozice, kdy vnímají klienty jako horší a sebe jako lepší. Tento proces je zpravidla nevědomý, nicméně může udržovat v klientovi pocity selhávání,

nepřijetí a nepochopení. O to zádrnější je to, když na počátku terapie se klient cítí být přijat a získá k terapeutovi důvěru a terapeut naopak moc nad ním, a pak se postupně rozkryje proces zneužívání s kritikou, tvrdými konfrontacemi, výčitkami, odmítáním, apod. Klient je díky všemu, s čím se svěřil, velmi zranitelný. Tento proces emočního zneužívání v terapii je velmi podobný procesu emočního zneužívání v rodině. Klient, který byl takto zneužíván v dětství, je schopen v takovéto ne-terapii vydržet celá léta. Jak terapeut, tak klient opakují v komplementárních rolích své nevyřešené vztahové problémy z minulosti.

Je etickou povinností psychoterapeuta udržovat jasné terapeutické hranice. Od 90. let, kdy byly zveřejněny studie o sexuálním zneužívání klientů, většina profesionálních kodexů pokládá narušení této hranice za profesionální selhání, v Kanadě a některých státech USA je to pokládáno za trestný čin (1). Sexuální zneužívání je v medicíně, psychiatrii i psychoterapii relativně častým problémem. Jak vyplývá z průzkumů, objevuje se u 1–12 % mužských terapeutů a u 0–3,1 % ženských terapeutek (12, 13, 14). Situace může být eticky složitější, pokud k sexuálnímu vztahu došlo po ukončení léčby. V některých organizacích, jako je například Americká psychiatrická asociace, je pokládán sexuální kontakt s kterýmkoliv bývalým klientem za neetický. Jiná sdružení, například Americká psychologická společnost pokládá takový kontakt za neetický, pokud proběhne dříve než za dva roky po ukončení léčby. Někteří jsou přesvědčeni, že když dojde ke sňatku, těžko lze mluvit o zneužívání, pro jiné však sňatek nevyklučuje zneužívání, navíc ukazuje se, že přenos funguje i po letech po ukončení terapie (14).

Další typy zneužívání klienta a překračování hranic nebo jejich ohrožování mohou být zneužití důvěry, informací získaných od klientů, jeho využití ekonomické, politické nebo zneužití známosti s ním v prosazování vlastních zájmů. Finanční zneužívání vzniká velmi snadno řadou způsobů, známých z běžného podnikání. Placená sezení mohou mít různou výši honoráře, podobně jako na trhu, někdy i nehoráznou, když jde o žádaného terapeuta. Zde však klient od počátku zná podmínky. Dalším etickým problémem je navýšení ceny v průběhu terapie, prodlužování délky terapie pod různými záminkami (1, 4). Podobně etická otázka vzniká v délce terapie – terapeut na počátku léčby slibuje krátkou terapii, ale na začátku je již jasné, že jde o problém, který vyžaduje dlouhodobou práci a bez prodlužování to nepůjde (4, 15). Klient, kte-

rý si zvykl na určitého terapeuta, pravděpodobně k jinému přecházet nebude. Terapeut je také pod tlakem vydělávat za svou práci dostatečně, přitom mohovitých klientů je přece jen méně než chudých. To vede část terapeutů ke strategii „Robina Hooda“ – „bohatým brát hodně a podporovat chudé tím, že mohou platit méně“. Práce s bohatším klientem není zpravidla náročnější než práce s klientem chudším. Takto je bohatší klient zneužíván fiktivní „spoluúčastí“ podobně, jako to dělá zdravotní a sociální pojišťovací systém. Tuto politiku je třeba také reflektovat z hlediska přenosu a protipřenosu, které jsou vlivem vyšších částek modifikovány. Terapeut se k VIP klientovi přece jen může chovat jinak než k ostatním a VIP klient pravděpodobně vyžaduje za své peníze jiný, privilegovaný přístup, což bývá na škodu procesu terapeutické změny. Konfrontace s negativními stránkami jeho chování je těžší, někdy nemožná. Místo rovnocenného stavu se terapeut stává „placeným sluhou“.

Jedním z nejčastějších typů překročení hranic může být sdělování osobních informací terapeutem (15). Sebe-otevření může mít pozitivní vliv, pokud posunuje terapeutický proces kupředu, ale může být také prvním nevědomým krokem k proměně terapeutického vztahu, vést k využívání terapeutem (11). Terapeut může řešit své osobní problémy tím, že o nich mluví s klientem. Tomu to zpočátku může zvyšovat pocit užitečnosti a sebedůvěry, nicméně je ukrácen o svůj vlastní proces, který je blokován.

Psychoterapie a spravedlnost – Efektivita a cena mohou být důležitým etickým problémem v terapii. Pokud je vedena dlouhodobá terapie u klienta, kterému by stačil krátkodobý přístup nebo pokud léčba nemá žádný efekt a klient by potřeboval jiný přístup, ovšem terapeut by ztratil svůj výdělek, a proto léčba pokračuje, jde o vážný etický problém i v případě, že si terapeut racionalizuje nutnost dlouhodobé léčby teorií své psychoterapeutické školy (11). Etické otázky je dobré si klást i v případě, kdy terapeut odešle klienta k jinému terapeutovi, který by mu mohl prospět více, a to z konkurenčních nebo politických důvodů. Podobně problematické je nedoporučit klientovi medikaci, když je zjevné, že utrpení či riziko z nemedikování je vysoké. Nebo naopak, hned nasadit medikaci, ačkoli se dá problém zvládnout velmi dobře bez medikace, pouze psychoterapií.

Sebereflexe a etické otázky

Již antičtí filozofové zdůrazňovali význam dobrého sebepoznání. „Poznej, kým jsi a staň se sebou“ je přímá výzva k sebereflexi a zrání.

Vědomé rozpoznání vlastních emocí, myšlenek či postojů v době jejich vzniku, schopnost je sledovat a průběžně si je uvědomovat, patří mezi nejdůležitější schopnosti terapeuta a supervizora. Boud a kol. (16) mluví o sebereflexi jako intelektuální a afektivní aktivitě, kterou jedinci používali k probádání svých zážitků tak, aby jim lépe porozuměli a zhodnotili je. Sebeuvědomování můžeme také charakterizovat jako nestrannou, neposuzující pozornost zaměřenou na stav našeho nitra. Zamýšlení se nad sebou samým a vlastní sepijatostí se světem je východiskem postoje hledání, který vede k sebereflexi. Sebereflexe patří k základním kompetencím psychoterapeuta (17, 18). Při sebereflexi se člověk zpravidla nestará jen o sebe sama, ale téměř vždy je v ní obsažena i interakce s druhými. Pokud jsme schopni to otevřít, druzí to vnímají jako péči o ně. Obsahem vědomé sebereflexe jsou především tři aspekty (3): (a) sebezpozorování; (b) sebehodnocení jako proces i výsledek tohoto procesu; (c) pozorovatelné chování, respektive zevní projevy. Tento druh pozornosti nestranně přijímá všechno, co prochází vědomím, jako bdělý pozorovatel. Sebereflexe není pozornost, která byla unesena emocemi, které pak ovládají jednání, ale naopak pozornost, která zachovává neutrální postoj „pozorovatele“, který dokáže zachovat sebereflexi i ve víru rozbouraných citů (19). Ke zvýšení sebereflexe může pomoci, když se své emoce nesnažíme potlačit, ale naopak je přijmout. Pokud je potlačíme, začínáme spíše nad situací mudrovat a uchylujeme se k naučeným postojům nebo přichylujeme k tvrzení okolí (20). Prohlubování sebereflexe probíhá během výcviku a supervize kontinuálně. Samotný terapeutický výcvik ani zkušenost nestačí, protože bez průběžné supervize a hodnocení se mohou původní chyby posilovat stálým opakováním. Na některé své vzorce chování člověk není schopen vidět. Jde zejména o protipřenos (7, 10). Ani psychiatr, psycholog, psychoterapeut či supervizor nemůže dnes sám plně přiměřeně vnímat úplnou skutečnost a rozumět jí se vším všudy. Neboť v tom, jak si rozumíme, je obsaženo, jak jsme přijali okolní sociální a fyzické prostředí a jeho napětí a učinili je součástí sebe samotného. To vede k tomu, že konflikty se opět vynořují jako vlastní konflikty, které však nejsou podmíněny jenom osobními konfliktními momenty, ale také cizími. Pro jednotlivce samotného bývá velmi těžké to plně vnímat a hlavně tomu rozumět. Může k tomu získat lepší přístup, když o tom mluví s druhými, pokouší se otevřít

se a objevit, jak může dnes sobě a světu porozumět. Proto je tak potřebná supervize.

Terapeuti, kteří sebereflexi často při práci používají, postupně schopnost sebereflexe zdokonalují. Sebereflexe je důležitou komponentou růstu klinických dovedností supervidovaných. Proto je důležité, aby supervizoři posilovali schopnost sebereflexe u supervidovaných. Bloky v sebereflexi brání pochopení protipřenosových fenoménů a mohou omezovat schopnost vytvořit kvalitní terapeutický vztah, protože terapeut si není vědom vlastního podílu na něm (6, 10, 21).

Literatura

1. Holmes J, Adshed G. Ethical aspects of the psychotherapies. In: Bloch S, Green SA (Eds): Psychiatric ethics. Oxford, Oxford University Press 2009: 367–384.
2. Praško J. Etika a psychoterapie. Československá psychologie 1990; 34(3): 205–231.
3. Praško J, Možný P, Novotný M, Šlepecký M, Vysokilová J. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2012; 156(4): 377–384.
4. Gabbard GO. Boundary violations. In: In: Bloch S and Green SA (Eds): Psychiatric ethics. Oxford, Oxford University Press 2009: 251–270.
5. Beauchamp T. The „four principles“ approach. In: Gillon R (ed): Principles of health care ethics. Chichester: Wiley 1994: 3–12.
6. Kryl M. Etická úskalí v psychoterapii. Psychiatrie pro praxi 2008; 9(5): 240–242.
7. Prasko J, Vysokilová J. Countertransference during supervision in cognitive behavioral therapy. Activitas Nervosa Superior Rediviva 2010; 52: 251–260.
8. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. Clinical Psychology Review 1995; 15: 819–844.
9. Praško J, Možný P, Šlepecký M (eds). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton 2007.
10. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamaradova D, Možný P, Sigmundova Z, Šlepecký M, Vysokilová J. Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. Biomedical Papers 2010; 154: 189–198.
11. Adshed G. Ethics and psychotherapy. In: Gabbard G, Beck J, Holmes J (eds): Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press 2004: 477–486.
12. Akamatsu TJ. Intimate relationships with former clients: national survey of attitudes and behavior among practitioners. Professional Psychology: Research and Practice 1988; 19: 454–458.
13. Holroyd JC, Brodsky AM. Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. Am Psychologist 1977; 23: 843–849.
14. Celenza A. Sexual boundary violations: therapeutic, supervisory, and academic contexts. Lanham, MD: Jason Aronson 2007.
15. Gutheil T, Gabbard G. Misuse and misunderstanding of boundary theory in clinical and regulatory settings. Focus 2003; 1: 415–421.
16. Boud D, Keogh HR, Walker D (Eds). Reflection: Turning experience into learning. London: Kogan Page 1985.
17. 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.
18. Praško J, Vysokilová J, Šlepecký M, Novotný M. Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2012; 156(1): 70–79.
19. Hoffart A, Hedley LM, Thornes K, Larsen SM, Friis S. Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. Cogn Behav Ther 2006; 35(3): 174–182.
20. Kimmerling R, Zeiss A, Zeiss R. Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. Cognitive and Behavioral Practice 2000; 7: 312–321.
21. Orchowski L, Evangelista NM, Probst DR. Enhancing supervisee reflectivity in clinical supervision. A case study illustration. Psychotherapy Theory Research Practice Training 2010; 47: 51–67.

Článek doručen redakci: 31. 7. 2013

Článek přijat k publikaci: 20. 9. 2013

Mgr. Jana Vysokilová
Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií
U Kříže 8, 158 00 Praha 5
vysokilovajana@seznam.cz

