

PSYCHOTERAPIE TERAPEUTŮ: PROTIPŘENOSOVÁ DILEMATA

Susman, Michael (Ed.): *A Perrilous calling. Hazards of psychotherapy practice.*

Copyright © 1995 Michael B. Sussman

e-Book 2019 International Psychotherapy Institute

Chapter 15

Psychotherapy with Therapists: Countertransference Dilemmas

V psychodynamických kruzích bývala osobní léčba terapeutů uznávaná jako předpoklad pro to stát se kompetentním klinikem (Baum, 1973; Buckley, Karasu, & Charles, 1981; Burton, 1973; Strupp, 1955). Navzdory frekvenci, se kterou psychodynamičtí psychoterapeuté podstupovali léčbu během jejich výcviku či profesních let, nebylo napsáno mnoho o charakteristikách této léčby či o zkušenostech terapeutů. Psychotherapie terapeutů zvyšuje u ošetřujících terapeutů intenzivní a komplikované protipřenosy a představuje unikátní problémy týkající se poznávání a zvládání obtíží týkající se identifikace. Silné, často nevědomé pocity závidění, soutěživosti, odhalení se či zranitelnosti spolu s identifikací a silným přáním být nápomocný, to vše hrozí, že zasáhne do léčby. Strach z kritiky, narcismus terapeuta a ochrana profesní sebeúcty typicky doprovází léčbu terapeuta-pacienta.

Psychotherapie terapeutů-pacientů přináší ošetřujícím terapeutům intenzivní pocity a unikátní možnost, aby sami se sebou zápasili. Nebezpečí a obtíže spočívají ve vyhýbání se, popírání či odmítání terapeutů upřímně se se sebou konfrontovat. V těchto případech může být psychotherapie hazardem. Následují běžná protipřenosová dilemata specifická pro léčbu terapeutů-pacientů. Zvyšující se povědomí a porozumění potenciálním protipřenosům zahrnutým v léčbě může umožnit jejich plodné použití v léčebném procesu. Toto zlepší terapeutovu kapacitu pozorovat sám sebe v procesu léčby. Kreativní použití nevyhnutelně bohatých a různorodých protipřenosových odpovědí může být prospěšné jak terapeutovi, tak i terapeutovi v roli pacienta.

Psychotherapeuté, kteří léčí terapeutů často čelí množství otázek týkajících se sebeúcty, které ohrožují jejich terapeutický vztah. "První případ je vždy nejtěžší", tedy že terapeutův pocit zvýšené zranitelnosti, ne zcela přesné sebereflexe, obavy z vlastního odhalení a pocity vlastní speciálnosti mohou být zvládnuté a mírněné s narůstajícími zkušenostmi. Tyto pocity však mohou přetrvávat, pokud terapeut není ve výcviku. Jeden z hlavních úkolů pro terapeuta je naučit se ocenit sílu a hodnotu terapeutického vztahu a použití terapeuta self v procesu léčby (Rubin, 1989). Tento vývojový úkol často zůstává pro terapeutů otevřeným a trvajícím bojem,

protože je těžké snášet pocity být pro pacienta tak důležitým. Kapacita snášet bolestné pocity, zvládat naléhavosti a udržovat terapeutický balanc je zásadní léčebnou dovedností, kterou terapeut získává skrze zkušenosti, supervizi a vlastní léčbou. Nezkušení terapeuté často zvládají jejich pocit zodpovědnosti a speciálnosti tím, že zpochybňují svou užitečnost a znalosti a tím, že devalvuji léčbu tak, že si představují, že zkušenější terapeut by pracoval lépe (Sank & Prout, 1978).

Následující případ ilustruje tuto problematiku: psychiatr, který nedávno dokončil výcvik a akorát začal soukromou praxi přijme do léčby nově vycvičeného psychologa zaměstnaného v instituci, kde předtím psychiatr působil. V procesu léčby, kdy psycholog zápasí s pocitem sebeúcty se stává zděšeným výběrem psychiatra za terapeuta a devalvuje léčbu a svého terapeuta. V práci otevřeně vyjadřuje svůj vztek a zklamání z léčby a dostává neformální jednostranné konzultace o jeho léčbě od svých kolegů. Terapeut si je vědom zvyšující se úzkosti z tohoto případu, cítí se pod drobnohledem bývalých mentorů a pochybuje o své profesní reputaci v komunitě. Přichází pochyby o sobě a svém klinickém úsudku a začíná vnímat pacientovy neformální konzultace s kolegy jako rušivé. Pacientův negativní přenos kombinovaný s terapeutovou nezkušeností hrozí, že znemožní léčbu a předčasně ukončí zásadní terapeutickou práci týkající se objevování a porozumění dynamice a smyslu pacientových vnějších konzultací. Prostřednictvím vlastních konzultací se terapeut snaží zvládnout své osobní, vývojové a profesní problémy týkající se pocitu odhalení a sebeúcty, které se protínají a jsou potencovány problémy se sebeúctou a přenosem tohoto pacienta. S pomocí se terapeut vrací k úkolu zkoumat symbolický význam tohoto chování a zkoumá pacientovu hrůzu ze závislosti, intenzivního afektu a terapeutické regrese.

Terapeuti, kteří léčí jiné terapeuty, získávají z podstaty těchto zkušeností zvláštní postavení se všemi dilematy, která jsou s touto zvláštností spojena (Greenberg & Kaslow, 1984). Svůdný půvab takového postavení může být zároveň příjemný, děsivý i zavazující. Být takovým terapeutem může být role, o kterou odborník usiluje, ale problém nastane, pokud se jí ujme předčasně. Tato pocta může být nečekaně doprovázena poměrně intenzivními protipřenosovými dilematy. Při léčbě terapeutů-pacientů se terapeuti běžně potýkají s pocitem odhalení a obavami z kritiky ze strany kolegů. V každém léčebném procesu si terapeuti uvědomují, že protipřenosové fenomény poskytují zásadní a klíčové informace o terapeutické dyádě a procesu léčby (Lang, 1978). Díky tomu také hlouběji rozumí své práci. Avšak když klinici léčí terapeuty-pacienty, tyto předvídatelné protipřenosové fenomény se protínají a zvyšují s terapeutovými vlastními obtížemi se sebedůvěrou a proces léčby může trpět. Pokud toto není dobře zpracováno, může se jejich zaměření přesunout směrem k vlastním vývojovým obtížím

terapeuta a jasné zaměření na klinické problémy se může ztratit. Každá léčba spolehlivě obsahuje terapeutické chyby různých rozměrů a povahy, které mapují a informují proces (Lang, 1978). Terapeuté se musí vypořádávat s jejich vlastními záležitostmi, které se týkají profesní sebedůvěry a musí být otevření a přístupní detailnímu zpracování momentu odpojení, protipřenosových a terapeutických chyb.

Pocity speciálnosti a čest, že léčí kompetentního profesionála, jako je on sám, mohou vytvářet obtíže týkající se otázek moci a udržení hranic, a to i pro ostříleného terapeuta: charismatický, bystrý, osobnostně a intelektuálně neodolatelný psycholog se pyšní tím, že svou praxi zaplní terapeuty a terapeuty ve výcviku. Užívá si moci a respektu v profesní komunitě, vytváří si svá vlastní pravidla chování a léčby. Své pacienty vnímá jako své chráněnce, zve je na své veřejné přednášky, ke čtení svých publikací, na prohlídku svého domu, vzácného nábytku a soukromých zahrad. Terapeutka-pacientka bolestně vzpomíná, na hodinu terapie, kdy byla po část sezení v centru pozornosti ona. Terapeuti-pacienti, kteří si terapeuta idealizují a chtějí být jako on, nesmějí mít námitky proti vykořisťovatelským léčebným praktikám. Osobní zranitelnost terapeutů, jako grandiózní nároky, se mohou shodovat nebo prolínat s obvyklými protipřenosovými pocity, které vyvolává léčba terapeuta-pacienta, a vést ke zesílení těchto problémů a porušení běžně chápaných léčebných postupů (Epstein & Simon, 1990).

Dokonce i se zkušenostmi a pocity odbornosti může řada proměných zasahovat do léčby: skvělému terapeutovi byl předsedou oddělení doporučen terapeut-pacient. Léčbu považoval za mimořádně obtížnou, cítil se zstrašen a zatížen, když si představil nelibost svého šéfa a ztrátu profesní úcty, pokud by léčba byla neúspěšná. Díky diskuzi s kolegy terapeut objevil, že jeho pocity zstrašení a strachu ze selhání odrážejí i zkušenost jeho terapeuta-pacienta, který má nerealisticky velké naděje a obavy z terapeutické síly a potenciálu jejich vztahu. Když terapeut pochopí možné významy těchto pocitů pro svého pacienta, integruje tyto informace do léčebného procesu tím, že se ptá svého pacienta na jeho přání a obavy ohledně jejich začínajícího léčebného vztahu.

Limity zodpovědnosti

S rostoucími zkušenostmi se zvyšuje schopnost terapeuta rozpoznat profesní limity a současně dodržovat etické standardy. Nicméně potenciál pro záměnu rolí, s nevyhnutelným napětím, které vytváří, je vlastní léčbě terapeutů-pacientů. Jeden ošetřující terapeut poznamenává: „Nebylo jasné, kdo byl terapeut a kdo pacient. Možná jsem byl příliš blízko k práci.“ Ošetřující terapeuti slyší přesvědčivé klinické materiály o pacientech svých pacientů. Mohou mít více zkušeností a přejí si být nápomocni tím, že jim nabízí tipy nebo supervizi.

Profesní cesty se mohou křížit na konferencích nebo se společnými kolegy, takže je nutné určit, jak bude probíhat jejich případná interakce.

V následujícím příkladu vstupují do popředí některé tyto záležitosti: nově licencovaná sociální pracovnice začala ošetřovat studentku medicíny, která prožívala hluboké deprese s chronickými sebevražednými myšlenkami, měla vážné potíže se sebeúctou, vlastní identitou a byla sociálně izolovaná. Po několika letech léčby a následného výcviku byla studentka přijata do psychiatrického výcvikového programu. Terapeutka pohlížela na volbu své pacientky jako na behaviorální vyjádření jejího ztotožnění s ní a cítila obavy, konflikt a bezmoc. Když pacientka začala praktikovat psychoterapii a v jejích léčbě sdílela své vážné potíže, terapeutka byla stále více znepokojena klinickou prací své pacientky a byla rozpolcena otázkami loajality, etiky a limitů její odpovědnosti. Sužována představou, že pomáhá vytvořit nekompetentní, potenciálně destruktivní terapeutku, zjistila, že je pro ni stále obtížnější zůstat empatická se svým pacientem, zatímco cítila rostoucí empatii a identifikaci s pacienty své pacientky. Terapeutka, zaujatá těmito obavami a neschopná se utěšit, přemýšlela, zda jen ona vidí části klinické práce svého pacienta, ke kterým nemá nikdo jiný přístup.

Terapeuti-pacienti se mohou pohybovat v úzkých sociálních nebo odborných kruzích terapeuta a mohou o něm mít hodně informací (Ordway, 1976; Kaslow, 1984). Za jiných okolností to mohou být kolegové nebo přátelé. Pokud jsou terapeuti-pacienti nekompetentní, mezi jejich ošetřujícími terapeuty to způsobuje profesní obavy.

Rozdíly mezi disciplínami a soutěživost

Problémy týkající se soutěživosti, závisti a strachu z kritiky jsou pro ošetřující terapeuty běžnou součástí protipřenosu. Zkušená terapeutka hovoří o svém vědomém přání „oslepit své terapeuty-pacienty její klinickou brilancí“ či o snaze zůstat nedefenzivní, když je terapeutem-pacientem kritizována. Některé situace může být obtížné přijmout a integrovat; například pokud si terapeuti-pacienti účtují vyšší poplatky za psychoterapii, dostávají vyšší platy, zastávají žádané pozice nebo pokud jsou supervidováni mentory, které ošetřující terapeuté milují.

Veřejné vystupování a výuka poskytují jedinečné arény, ve kterých mohou vyvstat problémy se soutěživostí s terapeuty-pacienty. Pocity odhalení a obavy z kritiky mohou být ztělesněny v nápadném sebevědomí terapeutů, když jsou v publiku přítomni jejich pacienti. Terapeuti přemýšlí, zda jsou „dost chytrí“, když jsou odhaleni na přednáškovém pódiu, mají pocit, že nemohou „vystát zkoumání“ jejich terapeutů-pacientů, nebo volí svá slova pečlivě, vědomi si toho, že jejich výuka může ovlivnit pacienty a proces léčby. Terapeuti si osvojují

způsoby, jakými se vypořádát s úzkostí spojenou s pocity odhalení a soutěživosti vůči svým pacientům. Jeden terapeut se zavazuje tím, že „nikdy veřejně (na přednáškách) neřeknu nic, co bych nesdílel se svými pacienty“, zatímco jiný terapeut se vypořádává se svou úzkostí tím, že terapeutům-pacientům říká: „nemůžete mě slyšet přednášet, věřím, že by to ohrozilo vaši léčbu.“ Pod rouškou ochrany pacientů a léčebného procesu se terapeuti pokoušejí znovu získat kontrolu nad situacemi, které vyvolávají pocity úzkosti a zranitelnosti.

Terapeuti si zvyknou vypořádávat se s vlastním i pacientovým smutkem, vztekem, zklamáním, frustrací a ambivalencí. Nicméně pocity závidění a soutěživosti vůči pacientovi mohou terapeuta dezorientovat a mohou být popřeny či vyjádřeny nějakou formou reakce. Terapeuti ošetřující terapeuty-pacienty z jiných oborů mohou takové pocity objevit v netypickém zacházení s klinickým materiálem: psycholog se při dokončování své disertační práce léčil u zdravotní sestry. Terapeutka si tohoto pacienta velmi oblíbila, považovala ho za chytrého, sebevědomého, bystrého a emočně vyrovnaného. Když se blížila pacientova promoce a jeho vstup do profesního světa, začal pacient přemýšlet, proč si za terapeuta vybral zdravotní sestru. Tyto diskuse zanechaly v terapeutce pocit devalvace a nedůležitosti. Když pacient potřeboval subjekty pro svůj disertační výzkum, terapeutka mu pomohla tím, že si vyžádala subjekty od svých kolegů ve jejím zaměstnání. Tyto intervence upozornily terapeutku na existenci nepřiznaných pocitů o tomto pacientu a o ní samotné. Terapeutka si uvědomila, že tento pacient vyvolal její vlastní ambivalenci ohledně její volby disciplíny a lítosti nad tím, že není lékařkou, což je profese, ve které vnímala autoritou, respekt a moc. Tento pacient měl pro terapeutku zvláštní přenosový význam týkající se její profese a identity, což bylo mimo její vědomí a vyústilo to ve vstřícnost mimo terapeutický kontrakt.

Tyto nevědomé pocity zastínily terapeutickou práci a byly uskutečněny dříve, než je terapeut identifikoval. Netypické chování signalizuje terapeutovi potřebu další sebekontroly a reflexe. V takových případech se terapeut pravděpodobně potýká s dříve nepřiznanými, možná osobně nepřijatelnými pocity. Terapeuti mohou být zaskočeni intenzitou pocitů soutěživosti s terapeuty-pacienty a nejistotou, jak takové pocity co nejlépe terapeuticky využít. Pokud se tyto pocity neprozkoumají, mohou být vyjádřeny drsným, ovládajícím, popř. sadistickým zacházením: terapeutka ošetřující talentovanou mladou psycholožku se potýká s pocitem ohrožení a tvrdou kritikou své pacientky, když ta hovoří o svých pocitech obdivu a respektu k idealizovaným mentorům. Jak pokračuje ve vyzdvihování a chválení svých mentorů, terapeutka se cítí nucena napravit pacientčino mylné vnímání kolegů. Opouští klinickou zdrženlivost odhalujíc nelichotivé osobní a odborné informace o kolezích. Pacientka, rozrušená a našťvaná, pociťuje nevyžádaný osobní názor své terapeutky jako zraňující a samoúčelný. Terapeutka poté

zaměřila své klinické zkoumání ke svým intenzivním pocitům soutěživosti s tímto pacientem a svými kolegy. Díky konzultaci s kolegou odhalila rafinovaný způsob, jakým pacientčiny idealizace ve skutečnosti sloužily ke kritice terapeutky. S touto informací terapeutka znovu zaměřila pozornost na pacientčino nevyslovené zklamání, kritiku léčby a jejich terapeutického vztahu. Terapeutka se pod supervizí připravuje tolerovat a terapeuticky zvládat náležitosti týkající se sebeúcty v osobních a konkurenčních pocitech vůči kolegům.

Identifikace s terapeuty-pacienty

Velmi rychle, ale často nevědomě terapeuti naplní léčbu terapeutů-pacientů zvláštními očekáváními a významem. Ty jsou často intenzivní a hluboce osobní a mohou se přelít do léčby způsobem, kterého si terapeut nevšimne nebo ho nepředpokládá. Intenzivní ztotožnění často vede ke kreativním, inovativním terapeutickým interakcím. Může však také vést k intervencím s nezamýšlenými účinky, které zmaří léčbu nebo které jsou škodlivé. Některé z nejnebezpečnějších protipřenosových chyb mohou nastat, když je terapeut-pacient nemocný, postižený nebo potřebuje ochrannou péči. V těchto případech identifikace terapeuta s pacientem může být medvědí službou: terapeut ošetřující depresivního a sebevražedného terapeuta-pacienta se potýkal s problémem nedobrovolné hospitalizace, protože pacient odmítal ústavní péči. Terapeut-pacient, i když nemocný a zoufalý, byl rozhodně proti hospitalizaci a věřil, že to zničí jeho pověst a vezme mu živobytí praktika. Terapeut, ovlivněn silou pacientova argumentu a citlivý na stigma spojené s psychiatrickým onemocněním mezi odborníky v oblasti duševního zdraví, se rozhodl nenechat ho hospitalizovat. Během ambulantní léčby pacient spáchal sebevraždu. Zpětně terapeut cítil, že se s tímto pacientem ztotožnil, protože terapeut zatemnil jeho úsudek o hospitalizaci. Konzultace s terapeutem odhalila význam jeho intenzivně osobní identifikace s tímto pacientem, která přesahovala pocity profesní stejnosti, jak tomu často bývá. Terapeutův mladší bratr trpěl závažnou duševní nemocí a byl opakovaně hospitalizován proti své vůli. Terapeut se kdysi podílel na rozhodnutí hospitalizovat svého bratra, což mu bratr nikdy neodpustil. Jeho rozporuplné a nevyřešené pocity vůči bratrovi a tato historie se protnula s pocity pacienta ohledně hospitalizace, jeho identifikací s pacientem, což vedlo k chybnému rozhodnutí.

Nedobrovolná hospitalizace je extrémním příkladem. Ošetřující terapeuté však běžně čelí méně dramatickým případům onemocnění terapeutů-pacientů: terapeut léčící psychiatra s klinickou depresí konzultoval s psychofarmakologem, který souhlasil s doporučením terapeuta, aby pacient podstoupil psychofarmakologickou konzultaci týkající se medikace ke zmírnění jeho depresivních symptomů. Pacient byl zděšen představou užívání medikace,

naštvaný na návrh svého terapeuta a vyděšený představou, jak by to vnímali kolegové. Ošetřující terapeut předčasně upustil od zkoumání možnosti lékařské konzultace, protože sám souhlasil s tím, že užívání léků by potenciálně snížilo důvěryhodnost a profesionální postavení pacienta v komunitě. Úkolem terapeuta je rozpoznat mnohočetné a předurčené pocity a významy obsažené v takových okamžicích léčby a dohlížet na jejich nevědomé a terapeutické vyjádření.

Přestože tyto identifikace mohou představovat terapeutické výzvy a příležitosti pro terapeutovo zvýšené sebeuvědomění a porozumění, jejich intenzita a bohatství může zlepšit léčbu a jsou neocenitelné: psycholog začal léčit mladého psychologa za nepříjemně snížený poplatek, protože pacient nedávno skončil výcvik, hledal si zaměstnání a údajně si nemohl dovolit léčbu. Byl to náročný léčebný případ s mnoha problémy kolem vlastní identity, nároků, idealizace a devalvace vztahů, potřebnosti a vzteku. Pacient strávil část každé terapeutické hodiny tím, že kritizoval terapeutovy techniky i jeho osobní styl. Po 3 letech namáhavé, znehodnocující, sebezpochybnující léčby, ve které terapeut často cítil, že není dostatečně placen a přál si, aby byl nepřijal tak nízký poplatek, pacient mimoděk prozradil, že před mnoha lety zdědil velký majetek po vzdáleném příbuzném a byl poměrně bohatý. Terapeut byl rozrušený, cítil se podvedený a požadoval po pacientovi, aby začal platit celý poplatek. Pacient měl pocit, že uzavřeli smlouvu, která by měla zůstat závazná. Terapeut nebyl schopen ovládnout svůj hněv, vypořádat se se svým protipřenosem mimo léčbu, zapojit pacienta do práce se symbolikou obsaženou v této výměně a zároveň vyjednat spravedlivější poplatek. Terapeut si nadával za tento zmatek a byl přesvědčen, že skutečnost, že pacient je psycholog a s tím související pocity identifikace zatemnily jeho klinický úsudek na začátku léčby. To vedlo k jeho souhlasu s neobvykle nízkým poplatkem bez zkoumání ostatních finančních zdrojů svého pacienta. Když terapeut dále uvažoval o významu své identifikace s tímto pacientem, vzpomněl si na svou vlastní léčebnou zkušenost, kdy mu jeho terapeut účtoval snížený poplatek jako profesní zdvořilost. Zahájení léčby s terapeutem-pacientem podnítilo jeho nevědomé přání být jako jeho obdivovaný osobní terapeut a poskytnout mu profesní zdvořilost, kterou by jinak neudělal.

V podnikání psychoterapie, ve které může terapeutova praxe a tím i živobytí vzkvétat nebo trpět pověstí mezi kolegy, nespokojený zákazník, který je zároveň členem skupiny kolegů, může vyvolávat úzkost. To platí zejména v současném klimatu četných veřejných žalob proti nekompetentním a zneužívajícím terapeutům. Úzkost a pocity zvýšené zranitelnosti vůči nespokojenosti a obvinění pacientů jsou dnes v odborných komunitách všudypřítomné. Když léčba s terapeutem-pacientem neproběhne dobře, dlouhotrvající pocity ponížení a profesního nadměrného odhalení mohou pokračovat, ohrožovat terapeutovo sebeuvědomění a znesnadňují

znovunabytí terapeutické rovnováhy. Profesní komunity jsou malé, dokonce i v městském prostředí, a je pravděpodobné, že profesní cesty se budou křížit na přednáškách a odborných setkáních, prostřednictvím společných kolegů nebo přátel.

Přerušené léčby

Terapeuté, kteří zažili náhle ukončenou nebo nepodařenou léčbu s terapeutem-pacientem hovoří o intenzivním studu, pocitech odhalení a strachu při setkání se s terapeutem-pacientem. Terapeuti nadále zkoumají a přezkoumávají léčbu ve snaze lépe porozumět etiologii obtíží, přijmout jejich příspěvků k tomu a odpustit si. Konzultace se starším obdivovaným klinikem jsou často nezbytné k usnadnění a urychlení terapeutova zotavení se ze zranění. Pokud se takovým konzultacím vyhne, lze využít klasickou patologizaci pacienta, kdy terapeuti přidávají pacientům nové a dříve nepromyšlené diagnostické nálepky ve snaze zvládnout ohromující pocity studu.

Etická dilemata

Když pacientka dokončovala léčbu a posouvala se ve svém životě, pociťovala krizi kvůli specifčnosti určitých požadavků a paniku kvůli tomu, že musí čekat na splnění těchto požadavků. Terapeut, který tuto pacientku obdivoval a hluboce se o ni zajímal, nabídl, že potřebné formuláře podepíše. Pacientka byla dojatá i vyděšená zároveň neortodoxní možná neetickou nabídkou svého terapeuta a snažila se pochopit, co motivovalo jejího milovaného terapeuta k tomu, aby porušil profesní standard. Po skončení léčby této pacientky terapeut tuto nabídku uznal jako chybu vyplývající ze ztotožnění se s problémy svého pacienta, ze svého vlastního smutku týkajícího se konce léčby a jako nevědomé přání nabídnout trvalý dar. Jen málo terapeutů by bylo zaskočeno přesvědčivým přáním pomoci milovanému pacientovi. Výzva udržování hranic a zvládnání silné nevědomé identifikace s terapeutem-pacientem ilustruje předchozí příklad. Konzultace s kolegy a mentory mohou ošetřujícím terapeutům pomoci při zvládnání jejich vlastních problémů v procesu a identifikovat protipřenosové problémy.

Použití odkazů vlastní léčby

Terapeuti běžně uvádějí, že jejich osobní zkušenosti s léčbou jsou zvláště nápomocné při utváření názorů, hodnot a orientace a že jim poskytují zásadní model a informace o tom, jak se chovat jako praktikující terapeuti. Většina profesionálů souhlasí, že mít zkušenost s tím být v roli pacienta rozšiřuje a prohlubuje empatické porozumění sobě, pacientům a procesu léčby (Ford, 1963). V mnohem větší míře, než je obvykle nebo veřejně uznáváno, se terapeuté učí,

jak vést léčbu prostřednictvím procesu identifikace a internalizace svých osobních zkušeností s léčbou (Buckley et al., 1981). Terapeutické držení těla, přístup, citlivost k otázkám moci, vzájemnosti, respektu a sebeodhalení, stejně jako specifika toho, jak by měla být konkrétní dilemata zvládnuta technicky, to vše je naučené a formované vlastní léčbou terapeuta.

Zásady týkající se psychoterapeutické praxe, které reprezentují naše důležité mentorské vztahy, je mnohem snazší katalogizovat než jemné, ale zásadní učení, které se odehrává kolem zacházení s konkrétními dilematy v léčbě. Stát se psychoterapeutem je náročná práce podobná zvládnutí řemesla či tomu stát se umělcem. Velmi záleží na tom, kdo byl terapeutův mentor. Empatická identifikace s pacienty je rozhodující pro všechny úspěšné léčby. Pokud je však pacientem terapeut, břemeno je vícenásobné, intenzivní a nevědomé identifikace o to důležitější. Ztotožnění terapeuta se svými therapeuty, osobní léčba a nevyhnutelné opakování významných aspektů těchto léčebných vztahů mají potenciál pro obohacení terapeutických vztahů i pro iatrogenní poškození. Potenciální potíže se zvyšují, pokud je opakování mimo uvědomění terapeuta, pokud význam události pro konkrétního pacienta není zcela pochopen nebo pokud není plně integrován její význam v terapeutově vlastní léčbě. Integrace hodnotových aspektů osobní léčby do terapeutovy praxe zdá se být nevyhnutelná. Terapeuti běžně uznávají, že se vědomě snaží zapamatovat si, že terapeut-pacient je kolega a že techniky zažívané v léčbě budou tímto pacientem používány v jeho vlastní praxi.

Léčbu terapeutů zahrnuje posvátná důvěra, která může posílit terapeutův závazek vůči terapeutům-pacientům a úspěch jejich léčby. Terapeuti, kteří léčí therapeuty vyjadřují zvláštní zájem o to být užiteční, a to z toho důvodu, že léčba může mít dopad na praxe těchto pacientů. S jasnými vzpomínkami z jejich vlastní léčby na to, co bylo zvláště užitečné a co nebylo nápomocné, si toho jsou terapeuti často vědomi a snaží se obojí začlenit. Pozitivní rozměry, i to, aby se zabránilo škodlivým nebo negativním aspektům, které zažívali při vlastní léčbě. Terapeuti věří v důležitost autentického a empatického terapeutického vztahu. Mezi škodlivé terapeutické zkušenosti patří konkurenční nebo kontrolující léčebné vztahy s absencí vřelosti a vzájemnosti a pocity defenzivy. Zkušenost s therapeuty, jejichž teorie je sice správná, ale chybí jim emocionalita je signálem pro terapeuta-pacienta, že afekt je nebezpečný, že zranitelnost a opravdovost zahrnují hanbu a ponížení, a že je třeba se jim vyhnout. Lze říci, že všichni pacienti vnímají therapeuty s takovými vlastnostmi jako neužitečné (Grunebaum, 1986). Terapeuti-pacienti však rozumí důležitosti skutečného vztahu a uvědomují si, že vzdělání v léčbě probíhá prostřednictvím napodobování.

Potíže s udržením hranic různého typu jsou také vnímány jako neužitečné. Když terapeuté porušují terapeutické kontrakty týkající se otázek doteku, zneužití terapeuta-pacienta

k vlastním potřebám, ať jde o pochlebování, doporučování pacientů, sdílení odborných drbů aj., dochází ke škodě. Terapeuté se potýkají s tím, aby nezneužívali moc nebo „neobviňovali pacienta“ způsobem, který oni sami možná zažili.

Závěr

Psychoterapeuté léčící terapeuty jsou konfrontováni s nesčeteným množstvím náročných a někdy i bolestivých klinických dilemat, která je mohou zaskočit. Obtížné protipřenosové problémy, kterým čelí ošetřující terapeuté zahrnují zvládnání sebeúcty, přílišnou identifikaci s terapeuty-pacienty a etická dilemata. Kvůli hluboce pociťovaným a často nevědomým protipřenosovým jevům typickým pro terapii s terapeuty-pacienty, se terapeutům doporučuje konzultovat tyto otázky s kolegy nebo mentory, kteří jim pomohou zvládnout tuto léčbu a činit informovaná rozhodnutí o tom, jak tyto jevy využít v léčbě. Bez dostatečného sebezpozorování a bez těchto konzultací, mohou ošetřující terapeuté nevědomky jednat podle nevyhnutelně silných a rozmanitých protipřenosů vyvolaných léčbou s těmito pacienty. Když nastanou chyby v protipřenosu nebo identifikaci, rozhodujícím terapeutickým úkolem je věnovat pozornost smyslu události a dynamice terapeutického procesu. Vědomé používání bohatých a mocných identifikací ošetřujícím terapeutem může léčbu oživit a posunout ji kupředu.

Překlad: Barbora Licková