

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Zachycení a hlubší popsání tématu protipřenosové zamilovanosti
v terapeutickém vztahu**

Ing. Josef Brož

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: PhDr. Martin Cipro, Ph.D.

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies



**Capture and deeper description of the topic of
countertransference love in a therapeutic relationship**

Ing. Josef Brož

The Bachelor Thesis

Study program: Psychology

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Martin Cipro, Ph.D.

Praha 2023

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30.7.2023

Podpis.....

Poděkování

Chtěl bych poděkovat PhDr. Martinu Ciprovi, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, cenné rady, podnětné diskuze a odborný dohled. Děkuji také MUDr. Davidu Holubovi, Ph.D. za diskuze na dané téma a přístup k literárním zdrojům.

1 Abstrakt

Abstrakt:

Cílem práce bylo zkoumat jev zamilovanost terapeuta do klienta v rámci terapeutického vztahu. Pro práci autor provedl rešerši dostupných literárních zdrojů. Autor také nabízí hypotézy, proč je dané téma málo odborně popsáno a diskutované. Následně se autor snažil popsat příčiny a vlivy proč se terapeut může do klienta zamilovat, co se v něm může odehrávat, jaký vliv má terapeutova osobnost a také jaký vliv má na danou situaci klient. Dále autor popisuje, jak by mohl terapeut o své zamilovanosti přemýšlet a jak s ní nakládat, okrajově se také dotýká překračování hranic terapeutického vztahu.

Klíčová slova:

protipřenosová láska, protipřenos, zamilovanost, překračování hranic, terapeutický vztah

Abstract:

The aim of the work was to investigate the phenomenon of the therapist falling in love with the client within the therapeutic relationship. For the work, the author conducted a search of available literary sources. The author also offers hypotheses as to why the given topic is rarely professionally described and discussed. Subsequently, the author tried to describe the causes and influences of why a therapist can fall in love with a client, what can be happening in him, what influence the therapist's personality has and also what influence the client has on the given situation. Furthermore, the author describes how a therapist might think about his infatuation and how to deal with it, he also marginally touches on crossing the boundaries of the therapeutic relationship.

Key words:

countertransference love, countertransference, falling in love, boundary violation, therapeutic relationship

2 Obsah

1	Abstrakt	3
3	Úvod – Cíl práce.....	6
4	Úvod do problematiky.....	7
4.1	Vymezení pojmů	7
4.2	Výskyt tématu v odborné literatuře (a co se o tématu obecně ví a neví).....	14
5	Možnosti porozumění zamilovanosti terapeuta do klienta	21
5.1	Zamilovanost.....	21
5.1.1	Fenomén zamilovanost v terapeutickém vztahu z odborného psychoanalytického pohledu	21
5.1.2	Fenomén zamilovanosti v běžném životě z psychoanalytického pohledu.	22
5.1.3	Fenomén zamilovanosti z pohledu „neodborníka“ na příkladu krásné literatury.....	23
5.1.4	Incestní model	24
5.2	Možné důvody k zamilovanosti terapeuta.....	25
5.3	Vědomý a nevědomý vliv klienta na zamilovanost terapeuta	26
6	Rizika a aspekty překročení hranice terapeutického vztahu.....	28
6.1.1	Typologie a motivy terapeutů, překračující hranice formou sexuálního kontaktu s klientem	28
6.1.2	Typy pacientů náchylných podlehnout překročení hranice v terapeutickém vztahu.....	30
6.1.3	Další možné náhledy na překračování hranic ve vztahu	31
7	Hypotézy k fenoménu nedostatečného zachycení terapeutovy zamilovanosti v literatuře	32
7.1	Může „toho“ být hodně?.....	32
7.2	Atraktivní klienti v terapii aneb kdo by s nimi nechtěl pracovat a zažívat hezká a milá setkání?.....	32
7.3	Stud a selhání terapeuta jako jednotlivce aneb kdo o tom chce mluvit a co na to můj vlastní partner?.....	33
7.4	Kdo tedy v tomto pomáhajícím oboru vlastně může pracovat?	34
7.5	Musíme přeci zabránit diskreditaci oboru aneb opět „ta psychoanalýza“?	34
7.6	Co by na to klienti případně jejich právníci aneb jak se může bát sám terapeut?	35
7.7	Moc za zavřenými dveřmi aneb nejsme přeci jako církev?.....	36
7.8	Profesionální etika?	36
8	Jak terapeuti/analytici o své zamilovanosti mluví, jak ji zachycují, pojmenovávají a vysvětlují tento fenomén včetně možných dopadů na jejich terapeutickou činnost	37

8.1	Možné názhledy na erotický protipřenos v odborných kruzích	37
8.1.1	3 skupiny postojů.....	37
8.1.2	Obavy analytiků.....	37
8.1.3	Analytici se bojí možná více než pacienti	38
8.1.4	Milujme své pacienty	39
8.1.5	Současné různorodé analytické proudy	40
8.2	Terapie analytiků, co selhali a možné nástrahy pro terapeuty v rámci protipřenosu?.....	41
9	Závěr.....	44
9.1	Co je to vlastně zamilovanost a přenosová, respektive protipřenosová láska a zamilovanost v rámci terapeutického vztahu?	44
9.2	Proč se terapeut vůbec zamilovává do klienta?	45
9.3	Typická osobnost?	47
9.3.1	Terapeut zamilovaný	47
9.3.2	Terapeut překračující hranice	48
9.3.3	Vliv klientovy osobnosti.....	49
9.4	Jak má terapeut postupovat, když se zamiluje?	50
9.4.1	Jaký je správný postup?	50
9.4.2	Co terapeut může prožívat?	52
9.5	Proč se o tématu nepíše a nemluví?.....	52
9.6	Doslov	52
10	Literatura	54
11	Bibliografické údaje	56

3 Úvod – Cíl práce

Láska a její místo v terapeutickém vztahu je zajímavé, atraktivní, ale také velmi dráždivé, až znepokojivé téma, s kterým se pojí riziko zneužití moci terapeuta či překročení všech možných hranic.

Na dané téma zamilovanosti z pohledu klienta do terapeuta bychom našli zdrojů velmi mnoho, na druhou stranu mince, tedy zamilovanost terapeuta do klienta pak o poznání méně. **Ve své práci jsem tedy chtěl zkoumat právě opomíjený, částečně tabuizovaný fenomén zamilovanosti terapeuta, co mohou být příčiny takového chování, jak daný stav souvisí s osobností terapeuta, jaký vliv má na daný emoční stav samotný klient, jaké jsou možné dopady ať už pozitivní či negativní do samotné terapie. Dále pak co může být za tabuizací či přehlížením tématu v odborných kruzích a jakým vývojem vůbec prošel náhled odborníků na dané téma.**

Svou práci jsem jsem pojmul jako přehledovou, kdy jsem čerpal převážně ze zahraničních zdrojů, výzkumnou část jsem záměrně vynechal s ohledem na možné složitosti při získávání respondentů z řad psychoanalytických terapeutů kvůli intimitě a jejich bezpečí.

Práci jsem zaměřil primárně na psychoanalytické psychoterapeuty a psychoanalytické chápání problematiky, a to ze dvou důvodů. Jednak psychoanalytické odborná veřejnost se asi nejvíce ze všech terapeutických směrů daným tématem zabývá a daly se tedy najít alespoň zahraniční zdroje informací, za druhé pak jsem sám frekventant psychoanalytického výcviku a považuji se za nadšence do psychoanalýzy.

4 Úvod do problematiky

4.1 Vymezení pojmů

Terapeutický vztah

Terapeutický vztah (McWilliams, 2015) je vztah mezi terapeutem a klientem, který se vytváří během psychoterapeutického procesu. Je to vztah, který je založen na důvěře, respektu, porozumění a empatii. Terapeutický vztah je klíčovou součástí úspěšné psychoterapie, protože umožňuje klientovi otevřít se a sdílet své myšlenky, pocity a prožitky s terapeutem. Tento vztah se vyznačuje určitými charakteristikami. Terapeut by měl být nezaujatý, nestranný a nepředbívavý. Měl by být schopen naslouchat a být empatický ke klientovi. Terapeut by měl klienta podporovat, ale také mu umožnit prozkoumat a pochopit své problémy a najít vlastní řešení. Klient by měl mít v terapeutickém vztahu pocit bezpečí, důvěry a respektu. Měl by být schopen se otevřít a sdílet své nejintimnější myšlenky a pocity s terapeutem, aniž by se musel obávat odsouzení nebo posuzování. Terapeutický vztah může být velmi silný a důležitý pro klienta, ale je také dočasný a má být ukončen, když klient dosáhne svých cílů, má také jasná pravidla a hranice.

Přenos

Mikota (2015, str. 62) uvádí, že „přenos v užším slova smyslu je analyzandova specifická iluze o terapeutovi a jeho osobních vlastnostech, které jsou v nápadné shodě se zvláštnostmi pro analyzanda důležité osoby z jeho reálného života, ať už z doby přítomné nebo z jeho osobní historie.“ Pacient tedy nepřenáší na terapeuta „objektivní“ charakteristiky dané osoby, nýbrž to, co je v jeho mysli o tomto člověku reprezentováno. Nepřenáší osobu ze svého života na osobu terapeuta, ale „objektní reprezentaci“ této osoby na „objektní reprezentaci“ terapeuta. V psychoanalytické terapii je stále třeba mít na mysli, že se nezabýváme „objektivní realitou,“ ale „psychickou realitou,“ tj. subjektivními představami analyzanda i analytika o objektivní realitě.

Jinými slovy je také přenos, zvláštní drama, kde pacient obsazuje analytika do různých rolí, zatímco k němu přehrává svou minulost „skutečnou i fantaskní“.

Perspektivou obranných mechanismů pak projikujeme své klíčové osoby z minulosti v podobě introjektů do osoby analytika, jedná se tedy o obranný mechanismus projekce.

Protipřenos

K tomuto pojmu Mikota (2015, str. 63) uvádí „**protipřenos v užším slova smyslu je přenos analytickovy objektní reprezentace důležité osoby na analyzanda.**“ Protipřenos je termín používaný v psychologii a psychoterapii k popisu nepřímých emocionálních reakcí, které se mohou vyskytnout u terapeuta nebo lékaře během interakce s pacientem. Tyto reakce jsou většinou nevědomé a mohou být vyvolány různými faktory, jako jsou podobnost s pacientem, jeho problémy, nebo osobní zkušenosti terapeuta.

Protipřenos je ale také přenos nevědomého emocionálního stavu pacienta na terapeuta a následnou reakci terapeuta na tento stav (Thoma & Kachele, 1993). Jinými slovy se může jednat o společný výtvar, tedy o kombinaci toho, v co terapeuta pacient nutí a toho, co je v terapeutovi přítomno, aby na ten nátlak reagovalo. Tento proces může být pro terapeuta užitečný, protože mu může pomoci porozumět emocionálním potřebám pacienta. Z pohledu obranných mechanismů může být protipřenos vnímán také jako forma projektivní identifikace klienta.

Při tomto náhledu na protipřenos je to tedy něco, co v nás vyvolává klient, je to produktem jeho nevědomí a jedná se tedy o autentické pocity terapeuta, které v něm vyvolal klient. Z pohledu dělení tohoto náhledu na protipřenos autoři (Thoma & Kachele, 1993) uvádějí dělení protipřenosu na korkondatní, kdy analytik cítí to samé jako klient a komplementární, kdy se jedná o analytickovu identifikaci s přenosovými pocity klienta, jinými slovy psychoanalytik se cítí jako otec či matka, zatímco pacient zažívá pocity, jaké měl v minulosti ve vztahu s daným rodičem.

Hodnocení přínosu protipřenosu prošlo dramatickým vývojem mezi odbornou veřejností od odmítání něčeho, co blokuje a ruší psychoterapii a volné asociace pacienta k současnému vnímání jako důležitého nástroje k pochopení pacienta a jeho emocí. Podle proměňujících se pocitů ke klientovi pak může terapeut poznat jeho vývoj náhledu a sebepoznání.

Přenos i protipřenos

Na objektní reprezentaci z analyzanda na terapeuta nebo z terapeuta na analyzanda se nepřenáší objektní reprezentace celé druhé osoby, ale jen její **zažité, obávané nebo vytoužené charakteristiky** (Mikota, 2015). Každý pacientův přenos mívá moc vyvolávat terapeutův protipřenos.

Erotický protipřenos

Erotický protipřenos je často spojen s pocitem lásky. V tomto fenoménu pak analytik věří že „pocity náklonosti nejsou jakoby“, ale jsou reálné. Terapeut jako následek přenosové lásky, dle pacientovy touhy a chťiče, věří, že pocity jsou nové, že se nejedná o opakování minulých zkušeností. Erotický protipřenos je často součástí analytického vztahu.

Zamilovanost

Mimo aspektu idealizace objektu a nevědomých vztahových očekávání a nevědomých sexuálních fantazií popsaných níže, stojí za úvahu samotná definice zamilovanosti, a jak tento fenomén vzniká. **Zamilovanost je intenzivní emocionální stav, který se vyznačuje silnou a často romantickou přitažlivostí k jiné osobě** (Titl, 2014). Tento stav je spojen s pocitem nadšení, euforie, touhy a zvýšeného zájmu o tuto osobu. Zamilovanost je často doprovázena fyzickými projevy, jako je zrychlený srdeční tep, pocení, zrychlené dýchání a nervozita, obava ze ztráty milovaného objektu. Tento stav může být často intenzivní a krátkodobý, ale může také trvat delší dobu a vést k dlouhodobému vztahu, kde zamilovanost nahrazuje láska.

Vášeň

Vášeň se dá popsat jako „motor“, energie, kterou jedinec vkládá do svých činností a aktivit, v tomto případě do vztahů (Titl, 2014). Míra vášně ve vztazích je jednak definována temperamentem, ale ještě více pak vývojově, tedy jak úspěšně či neúspěšně jedinec prošel symbiotickým vztahem s matkou, procesem separace/individuace a také jak vyřešil oidipický komplex. Vášeň bývá často přítomna v období zamilovanosti, ale na rozdíl od ní může přetrvávat i v dlouhodobých vztazích, kde zamilovanost nahrazuje láska.

Láska

Láska je silné emoční pouto mezi dvěma lidmi, které se může projevat různými způsoby, jako jsou laskavost, porozumění, oddanost, respekt, důvěra a soucit (Titl, 2014).

Láska může být romantická, platonická, rodinná nebo přátelská.

Staří Řekové mluvili až o 7 druzích lásky, z nichž jsou pro mou práci relevantní následující typy (Trochová, 2019).

- Philautia

Je to láska k sobě samému, Ve skutečnosti představuje počátek, ze kterého plynou všechny další typy lásky. Když je náš vztah sama k sobě silný, najdou si nás i další typy lásky. Philautia může být zdravá láska, jež se vyznačuje sebeúctou, důvěrou a příslibem pečovat o sebe a o druhé. Druhou pak je falešná philautia, podobná narcismu či aroganci, kde uspokojování svých potřeb dominuje nad všeobecným dobrem.

- Ludus

Koketní a hravá forma lásky. Jde o nezávaznost, radost či flirt. Nevydrží většinou dlouho, brzy nás může omrzet, když se nabažíme potěšení, ale také může přerůst v něco trvalejšího, tedy například v Eros.

- Eros

Jde dle Řeků o typ lásky, který nejčastěji chápe lidstvo pod pojmem „láska“. Jde o romantiku, poblouznění a sexuální touhu. Eros je řecké jméno pro bůžka Cupida, který střílí po lidech šípy přitažlivosti. Často se zobrazuje se zaslepenýma očima, což nám říká, že se objevuje bez rozumných důvodů. **Nemá logiku a může nás zcela zničit, a toto činí tento druh lásky nejnebezpečnějším, ale také tím, co následujeme celým srdcem.**

Dle Fisherové (2004) se v lásce uplatňují 3 biologické motivy, a to systém sexuální (žádostivost), který vede k zajištění rozmnožování a nemusí být vázán jen na jednoho partnera, dále pak systém romantický, který vede k vyhledání specifického partnera a jednak má šetřit reprodukční energii a také pak naplnit emoční potřeby, a nakonec pak systém attachmentu a tento systém má zajistit vzájemnou toleranci v páru a zajistit tak výchovu potomků.

Lyons (1993, p. 44) pak lásku definuje jako „pokus přeměnit to, co bylo původně nevědomou a instinktivní volbou na vědomý svazek. Jedná se tedy o svazek, který je potřeba neustále sledovat, pracovat na něm a rozvíjet ho.“

Nevědomá vztahová přesvědčení

Druhou otázkou je pak fakt, kde se zamilovanost bere a kde jsou její příčiny. Z psychoanalytického pohledu si představu milostného objektu vytváříme již v dětství. Tato nevědomá představa vzniká na základě toho, jak o nás pečovali primární pečující osoby, povětšinou rodiče a jak nám vyjadřovali lásku atd (Lucká, 2008). Dalším vzorem je pak samotný vztah rodičů mezi sebou, jak si rodiče projevovali city, jak komunikovali, řešil

konflikty atd. Na těchto základech nám pak vzniká nevědomý vztahový vzorec, a dle něj si opět nevědomě hledáme partnery, v raném stádiu tedy objekty naší zamilovanosti. Tento individuální vztahový vzorec si pak v sobě neseme po celý život a má zásadní vliv, zda věříme, že nás konkrétní jedinec bude milovat a my budeme pak lásku opětovat (Titl, 2014).

Nevědomá sexuální fantazie/ atraktivita/ přitažlivost

To, co rozhoduje proč nás někdo sexuálně přitahuje jinými slovy se nám líbí nebo se nám jeví atraktivní, a někdo také objektivně velmi pohledný naopak, jsou nevědomé sexuální fantazie. V párech, kde dochází k uspokojivému sexuálnímu uspokojení pak dochází k propojení nevědomých sexuálních fantasií (Titl, 2014). Tyto fantazie mohou nabývat všech možných podob a částečně bývají přístupné v masturbačních fantasiích. Atraktivita partnera pak může být umocněna nejen nevědomým sdílením sexuálních fantasií, ale také tím, zda partneri sdílí nevědomá vztahová přesvědčení.

Erotická přenosová neuróza

Erotická přenosová neuróza je koncept, který je v psychoanalýze používán k popisu jevu, kdy pacient přenáší své erotické a libidinózní pocity na terapeuta. Tento přenos může sebou nést různé formy emocionálních vazeb, jako je romantická přitažlivost, sexuální přitažlivost nebo dokonce láskyplné city směrem k terapeutovi. Pacient si vytváří představu o terapeutovi, který je silně ovlivněn jeho vlastními nevědomými touhami a fantasiemi (Coen, 1996). Erotická přenosová neuróza je důležitou součástí terapeutického procesu. Terapeut se snaží pacientovi poskytnout bezpečný prostor, kde může prozkoumávat a porozumět svým emocím a vztahovým vzorcům. Terapeut se zároveň snaží rozlišit mezi svou vlastní identitou a funkcí v rámci terapie a přenášenými emocemi pacienta

Idealizace objektu

Idealizace je proces, kdy kvality idealizované osoby (objektu) jsou poskytnuty k bodu dokonalosti. Dá se říci, že idealizace patří ke schopnosti se zamilovat. Idealizace objektu lásky může z psychoanalytického hlediska souviset s touhou po obnovení symbiózy s matkou, a proto v dospělosti ve vztazích můžeme hledat ideálního, až perfektního partnera, který nás samé doplní k dokonalosti (Titl, 2014). Od takového partnera můžeme pak očekávat, že vždy uspokojí naše potřeby a bude na nás vždy naladěný. Na druhou stranu je pak idealizace považována za obranný mechanismus ve vztazích, který nám poskytuje ochrannou slepotu od úzkosti, že objekt naší idealizace uvidíme v reálných konturách.

Sexualizace

Sexualizace je obranný mechanismus, který nabírá podobu odehrávání (agování) a má zabránit zvládnutí úzkosti, smutku, strachu či rozptýlení pocitu vnitřní neživosti. Klient či terapeut mohou přeměňovat každou výše uvedenou negativní emoci do sexuálního prožitku či vzrušení s cílem cítit se živými (McWilliams, 2015). Důležitým determinantem u tohoto obranného mechanismu je moc, která se může objevit jak z pohledu klienta, tak terapeuta. Z pohledu klienta je nám přirozené, že erotizujeme kohokoliv, kdo má moc. Zároveň z pohledu autority je časté, že své negativní emoce vůči „závislé“ osobě transformuje do sexuálního scénáře osobní sexuální moci.

Sexuální zneužívání klienta

Sexuální zneužití může být verbální, vizuální a fyzické. Přičemž do verbálního zneužití můžeme zařadit výhrůžky, sexuální nářky, psychický nátlak apod. Do vizuálního zneužití můžeme zařadit jakýkoliv sdílený pornografický obsah. Fyzické zneužití je mnohem více než „jen“ přímý pohlavní kontakt. Může to být jakýkoliv dotyk, který má způsobit sexuální vzrušení agresora (Paprštein, 2023).

Jedná se o sexuální, pohlavní kontakt za účelem uspokojení, ale nejenom, někdy může jít jenom o dotyky a pocit vzrušení. Pohlavní zneužívání není jen samotný tělesný kontakt. Součástí zneužívání je manipulace ze strany agresora, vyvolávání strachu, pocitů viny, osamocení, psychického nátlaku, citového vydírání i vydírání samotného a zastrasování. Cílem agresora je způsobit u oběti ztrátu svobodné vůle a navození skutečnosti, že pro oběť je agresor jediným blízkým člověkem, kterému se může svěřit a vše s ním sdílet. Tím agresor získá absolutní kontrolu nad svou obětí. V důsledku těchto skutečností dochází k uzavření osobnosti a ztráty svobody sebe sama.

Projektivní identifikace

Na tento obranný mechanismus se můžeme také dívat perspektivou protipřenosu, tedy pacient promítá do analytika své vlastní vnitřní objekty a vztah k nim a pak se snaží psychoterapeuta dovést k tomu, aby se choval v souladu s vědomou nebo nevědomou fantazií či přáním (Cipro, 2015).

Odehrávání (agování, acting out)

Odehrávání je obranný mechanismus kde člověk není schopen slovy vyjádřit své pocity, a tak je projeví chováním (Cipro, 2015). V terapii se odehrávání ze strany terapeuta i pacienta vyskytuje v situacích, kdy se daný jednatel necítí na základě raných zkušeností a vzorců bezpečně, aby o svých pocitech mohl mluvit (McWilliams, 2015) Odehrávání se neoznačuje jako dobré či špatné, ale jedná se o bezděčné chování, kdy jedinec jedná na základě vytěsněných či popřených pocitů a jedná jak tak bezděčné a nutkavé.

4.2 Výskyt tématu v odborné literatuře (a co se o tématu obecně ví a neví)

Obecně se dá říci, že ač se většina terapeutů musela či musí potýkat se sexuálními či láskyplnými pocity ke klientům, tak až na výjimky psychoanalytická literatura na dané téma mlčí.

První zmínkou v literatuře najdeme pravděpodobně v díle Sigmunda Freuda, *Poznámky o přenosové lásce* z jeho spisů z let 1913-1917. Dozvídáme se nejprve, že přenosová láska je běžným fenoménem, jež v rámci psychoanalytického terapeutického procesu vzniká a má několik důvodů. Jako hlavní důvod je uváděn odpor k léčbě, neboť silnou zamilovaností je umožněno pacientovi se věnovat svým milostným fantaziím a touhám a unikat tak samotné léčbě (Freud, 2002).

Freud (2002) píše, že analytik si musí v rámci ochrany před vznikem proti přenosové lásky jasně uvědomit několik aspektů přenosové lásky klienta a to proto, aby nepodleh pocitu, že přenosová zamilovanost je důsledkem jeho vlastní skvělé osobnosti a jeho „dobyvatelských“ schopností. Musí mít na paměti 3 základní charakteristiky, tedy že se jedná o emoční stav zásadně ovlivněný analytickou situací, láska je vystupňována odporem k samotné léčbě a za třetí je pomíjen náhled, že se jedná o velmi nereálnou situaci a daná láska by měla minimální šanci na úspěch. Nic z výše uvedeného, ale nemění nic na pravdivosti daných pocitů. Z pohledu samotného terapeuta a možného vyvarování se proti přenosové lásce je potřeba mít na paměti výše uvedené a také si být vědom faktu, že je to on, kdo zahájením terapie danou přenosovou lásku vyvolal a jejím opětováním by zneužil infantilní opakující se motivy zamilování pacientky, a proto tedy z dané situace nesmí dosahovat žádné výhody. Dále Sigmund Freud popisuje, že pro analytika je lidsky samozřejmě trapné a když musí hrát roli odmítajícího a odpírajícího si vášeň. V rámci boje proti vlastní zamilovanosti pak analytik bojuje proti vlastním vnitřním silám, proti svému okolí, které mu zakazuje naplnit vlastní erotické či romantické představy a v neposlední řadě pak proti konkrétní, často vášnivé lásce pacientky. Freud (2002) tedy svou stat' uzavírá slovy:

Pohlavní láska je bezpochyby jednou z hlavních náplní života a spojení duševního a tělesného uspokojení v milostném požitku je přímo jedním z jeho vrcholů. Všichni lidé až na malý počet přepjatých fanatiků to vědí a zařizují svůj život podle toho, jen ve vědě se zdráháme to přiznat. (str. 234)

Velmi aktivním autorem pak je Glen.O.Gabbard, který se tématem erotického protipřenosu zabývá opakovaně. Autor pak mluví o možných zdrojích protipřenosové lásky, kdy začíná tématem vnímání deficitu, kdy terapeut může vnímat deficit lásky v dětství pacienta, a tak mu svou zamilovaností tento stav kompenzuje. Dalším zdrojem je uváděno ponížení, kdy se terapeut skrze lásku může pokoušet reparovat vlastní ponížení z dětství, kdy se skrze lásku k pacientovi stává mocným a ovládajícím a pacient pak právě tím poníženým. Další situací pak může být ukončování terapie, kdy se analytik láskou ke klientovi nevědomě brání pocitům smutku či truchlení a tato obrana se projevuje v podobě sexualizace (Gabbard, 1994c).

V textu autor (Gabbard, 1994c) je pak dále podrobně popsána kazuistika terapeutky a jejího protipřenosového zamilování do klienta. Je zde popsána jak prožitková – emoční rovina, ale také analytická perspektiva. Na prožitkové rovině terapeutky se ukazuje nejprve fyzická atraktivita klienta, následně jemné zamilované fantazie o sblížení s klientem a k tomu se připojující agování formou zvýšené péče a upravenosti před setkáním, následně pak fantazie o záchraně trpícího klienta (klient je terapeutem „vsazen“ do pozice „trpícího“) a následná fantazie o sexuálním styku, kde ale nejintenzivnější část není spojena se samotným sexuálním aktem, ale s možným překročením hranic vztahu terapeut – klient. Ve vlastní supervizní analýze se pak dozvídáme o 2 přenosech, prvním, kde klient přenáší na terapeutku reprezentaci vlastní silně pečující matky a terapeutka na to reaguje protipřenosem reprezentace svého milovaného syna na klienta. Ve druhém pak vidíme v protipřenosem terapeutčina otce na místo klienta. V obou případech se pak může jednat o naplnění zakázaných incestních fantazijních lásek.

Otto F. Kernberg, (Kernberg, 1977) zdůraznil, že základem subjektivní zkušenosti transcendence při aktu milování je v podstatě překročení vlastních hranic. Pro Kernberga je paradoxem sexuální lásky zkušenost překračování hranic vlastního já při identifikaci se slovy objektu při současném zachování diskrétního pocitu já. V případě sexuálního sblížení analytika s pacientem je překročena další hranice. V přenosově-protipřenosových dimenzích analytického procesu oba členové analytické dyády reprezentují zakázané předměty, takže sexuální vztahy mezi analyzátořem a analyzátorem jsou symbolicky incestní.

Kernberg (1994) se dále pozastavuje, že se píše hlavně o protipřenosové lásce místo o protipřenosové agresi. Začíná tvrzením, že při vzniku přenosové lásky terapeut nejprve reaguje mírným erotickým protipřenosem. Autor se zaobírá fluktuací míry přenosu od vědomě lásky k sexuální touze až po agresi v okamžiku, kde přenosová láska (viditelná formou agování) není

opětována, a vlivem této fluktuace na protipřenos. Zdá se, že v okamžiku přenosové agrese má protipřenos tendenci oslabovat. Podle Kernbergových zkušeností je nejintenzivnější erotický protipřenos obsažen v kterékoli z následujících tří situací: Za prvně u mužských analytiků, kteří léčí pacientky se silným masochismem, ale ne s hraničními rysy, a které vyvíjejí intenzivní zakázanou sexualizovanou lásku k nedostupnému oidipuskému objektu. Dále pak u analytiků obou pohlaví se silným, nevyřešeným narcismem. Poslední skupinou jsou pak analytičky se silnými masochistickými sklony k ošetřování vysoce svůdného narcistického pacienta.

Autor (Kernberg, 1994) navrhuje, že může být pro analytika užitečné tolerovat jeho sexuální fantazie o pacientovi vnitřně, dokonce je nechat rozvíjet do vyprávění o imaginárním sexuálním vztahu. Analytik, který se cítí svobodně zkoumat do detailu, ve svém vlastním myslí, své sexuální pocity k pacientovi, bude moci posoudit povahu vývoje přenosu a vyhnout se tak obrannému mechanismu popření vlastní erotické reakce vůči pacientovi. Tak může být analytik zároveň schopen prozkoumat přenosovou lásku, aniž by svůj protipřenos musel vůči pacientovi realizovat (odehrát).

Dalším autorem, který se tématu protipřenosové lásky věnoval, byl Stanley J. Coen. Dozvídáme se že by nemělo být překvapením, že nejintenzivnější vášně, láska a nenávisť, jsou velmi obtížné jak pro pacienty, tak pro terapeuty při snaze zvládnout je v jejich klinické praxi. V intenzivní psychoterapii a v psychoanalýze chceme obojí od pacienta, a i od terapeuta, chceme, aby uvízli v silných pocitech uvnitř každého z nich a zároveň mezi sebou. Zároveň požadujeme, aby terapeuti byli schopni zpracovat a porozumět tomu, co sami cítí, a aby zároveň mohli analyzovat pacienta.

Autor (Coen, 1996) tvrdí, že bez přístupu k vlastním silným láskyplným a nenávisťným citům terapeuti nemohou správně dokončovat intenzivní léčbu.

Coen (1996, p. 17) prohlásil „proto se domnívám, že musíme mluvit mnohem otevřeněji o terapeutech a jejich nepohodlí s láskyplnými pocity vůči našim pacientům. Neměli byste špatně chápat můj důraz na lásku mezi pacientem a terapeutem. Já neobhajuji léčbu láskou.“ Spíše se hledají podmínky, za kterých terapeut může pomoci pacientovi analyzovat co nejvíce z jeho obav před pocity zamilování (a také nenávisť). Terapeuti v dnešní době nediskutují o tom, že potřebují cítit určitou míru péče, starostí a optimismu pro pacienta, aby mu mohli pomoci změnit se a růst. Mnohem více se dohaduje o tom, zda terapeuti potřebují cítit romantickou a sexuální touhu po svých pacientech.

Dále Coen (1996, p. 17) tvrdí „já očekávám, že se budu cítit milující a mít chtivé city k pacientovi, který to samé cítí ke mně, a pokud takové nemám pocity, předpokládám pak, že mi něco stojí v cestě a snažím se to objevit“

Dokonce, než pacienti oznámí takové své láskyplné a chtivé pocity, má být terapeut připraven se dozvědět více o dosud ne zcela uznaných přáních a touhách svého pacienta prostřednictvím svých vlastních pocitových reakcí, včetně milujících a sexuálních pocitů k pacientovi. V textu se dozvíme, že je lepší, aby byl terapeut připraven zažít takové pocity, aby pomohl svému pacientovi, než aby cítil, že má problém, jelikož překročil svůj rámec terapeutického ideálního ega tím, že k pacientovi cítil nějakou lásku a touhu.“

Nakonec Coen (1996) popisuje jednu kazuistiku s atraktivní pacientkou popisem svých pocitů:

Práce mě bavila kvůli jejím intenzivním hladovým přáním. Líbilo se mi, že jsem mohl pomoci této bystré, talentované a atraktivní ženě získat zpět svou hodnotu. A užíval jsem si pocity potřebnosti, chtění, touhy (a nenávisti) a také starostlivosti, milování a toužení, protože jsem rezonoval s jejím přáním být milovanou matkou a milovaným otcem. Mohl jsem se s ní cítit jako zanedbané dítě a také jako odmítavý, pečující, milující a toužící rodič. Její zahraniční/exotické vlastnosti a původ mi evokovaly vlastní oidipuská a preoidipuská mateřská přání, která jsem toužil znovu prožít. (p. 23)

V článku autora Marka Blechnera (2009) se dozvídáme o tématu vzorců lásky každého z nás, tedy z pohledu klienta i terapeuta. O těchto vzorcích mluví i další autoři, jako John Money (1986), který vymyslel termín „mapa lásky“, aby popsal osobní vzor cítění sexu a lásky, Ethel Person (2003) to nazvala "sexprint", a Jack Morin (1995) to nazval „základním erotickým tématem“.

Blechner (2009) píše, že je jedno, jak tomu říkáme, ale každý máme velmi osobní způsob prožívání a vyjadřování erotismu. Každý člověk má složitý vzorec sexuality a pravděpodobně nikdo si není plně vědom svého vzorce. Erotický přenos při prozkoumávání v analýze může být přesným a názorným způsobem, jak se dozvědět o svých vlastní „mapách lásky“, může to být „královská cesta“ k pochopení a přijetí naší vlastní sexuality. Pomáhá, pokud jsme si vědomi své vlastní mapy lásky a toho, jak s ní jsou kompatibilní mapy lásky ostatních, poskytuje to pak náskok v analýze protipřenosu.

Autor (Blechner, 2009) nabízí, že pokud se terapeutova mapa lásky shoduje s mapou pacienta, bude pravděpodobně k pacientovi velmi empatický, ale bude také nejzranitelnější vůči erotickému protipřenosu, které jsou velmi pohlcující nebo nebezpečné. Blechner (2009, p. 87)

dodává „pokud jste opravdu zvědaví na své pacienty, nebude žádné překvapení, že naleznete průrniky s vlastními mapami lásky.“

V posledním desetiletí pak došlo mezi psychoterapeuty k uznání hlavního etického a profesionálního problému: sexuálního vykořisťování terapeutů směrem k jejich pacientům. Howard Book (1995) v následujících odstavcích naznačuje, že jednou z dynamik, která by mohla vést k sexuálnímu aktu mezi lékařem a pacientem, může být špatné vedení a chápání erotického přenosu analytikem. Autor text se zaměřuje na tři související problémy: (1) teoretické a technické problémy při identifikaci a řízení erotického přenosu; (2) latentní významy erotického přenosu; a (3) některé problémy protipřenosu při řešení erotického přenosu. Terapeutova nepozornost v těchto otázkách může povzbudit nevhodné zpracování erotického přenosu a/nebo nevhodně povzbudit pacienta k sexuálnímu vystupování.

Obecně řečeno, špatné zvládnutí „erotického přenosu“ může mít své kořeny v naivním terapeutovi, který není schopen identifikovat nebo aktivně popírá existenci přenosu, dalším zdrojem může terapeut, který má problémy s protipřenosem, následně psychopatičtí terapeuti, kteří jsou recidivisty a vědomě zneužívají pacientky, a nakonec pak psychotický terapeut, který sexuálně zneužívá pacienty kvůli vlastním psychotickým stavům, bludům a halucinacím.

Potíže s rozpoznáním a vhodným řešením erotického přenosu mohou mluvit o tréninkových nedostatcích v psychodynamické psychoterapii.

Navíc si někteří terapeuti s sebou přináší teoretickou orientaci, která devaluje nebo popírá koncept přenosu, a místo toho zastávají názor, že emocionální růst pacienta se dosáhne prostřednictvím toho, co by se dalo nazývat „autentickým, skutečným vztahem tady a teď“. Tento typ přístupu se označuje jako „sebeodhalující“ a daný terapeut nevykazuje žádné povědomí o rozostření hranic, ke kterému dochází prostřednictvím sebeodhalování. Stává se nejasným, kdo je pacient, kdo je terapeut a kdo se má o koho starat a uspokojovat ho.

Výše uvedené přístupy a činnosti, kdy se překračují hranice terapeutické aliance (objetí, sdílení vlastních terapeutových problémů) stírají hranici mezi pacientem a terapeutem a nevhodně podporují zbytečnou intimitu. Kromě toho tyto faktory vystavují jak terapeuta, tak pacienta riziku, protože přání a fantazie jsou nesprávně interpretovány jako realita a lze je spíše konat, než je pochopit a vyřešit.

Existují i jiné faktory než nedostatek školení nebo neporozumění principům přenosu, které mohou odrážet, proč mužský terapeut může dovolit, povzbudit, a dokonce podporovat hraní erotických přenosů. Tyto faktory mohou odrážet charakterové problémy uvnitř terapeuta. A prvním impulsem může být vidět všechny takové terapeuty jako charismatické,

manipulativní, samoúčelné, psychopaty. Samozřejmě, že toto nebude jediné vysvětlení, a tak autor nabízí další pohled. Častokrát i dobře vyškolený a „nepatologický“ terapeut může kvůli jedinečným událostem v jeho životě zažít fragmentaci sebeúcty nebo pocitu sebe sama, a může pak nevědomě využívat potěšující idealizaci vlastní osoby díky erotickému přenosu k vyrovnání této fragmentace. To znamená, že terapeut může využívat pacienta ke zlepšení vnímání vlastního obrazu tím, že podporuje zrcadlení nebo idealizaci pacientových aktivit, aby si udržel pocit vnitřní stability.

Nakonec autor (Book, 1995) zmiňuje, že u mužských terapeutů existuje jeden obecný aspekt, který může vést k podpoře špatného vnímání přenosu a následnému překročení hranic. Autor poznamenává, že vývojovým úkolem společným všem mužským terapeutům je dis – identifikace s matkou, a že povolání psychoterapie v sobě nese ve svém pečujícím mateřském stylu regresivní návrat k dřívější znepokojivé ženské identifikaci. Této regresivní, úzkost stimulující ženské re – identifikaci lze snadno čelit podporou erotického přenosu, který umožňuje terapeutovi cítit se silně prožíván jako muž. Terapeut, který má charakterové problémy související s nejistotami ohledně vlastní mužnosti a potence, může protipřenosově povzbuzovat pacienta, aby na něj reagoval vysoce sexualizovaným způsobem.

Otto F. Kernberg (1999) ve své knize popisuje analytické terapeutické setkání, jako laboratoř, kde můžeme studovat podobu lásky v nepřeberných podobách díky přenosu a protipřenosu. Dle autora je hlavním rozdílem mezi analytickou a reálnou situací v tom, že analytik může zkoumat nevědomé determinanty oidipické situace.

Vnímání terapeuta dle autora (Kernberg, 1999) se odvíjí dle pacientových prožitků, tedy pokud pacient své erotické přenosové pocity vytěsňuje, obvykle pak vzniká jen malá protipřenosová erotická reakce, ale naopak, pokud jsou erotické pocity vůči terapeutovi vědomé, pak analytik může zažívat erotické prvky ke klientovi, které ho upozorňují na možnou snahu klienta své pocity potlačit. Nakonec pak autor uvádí, že pokud pacient své erotické pocity silně vědomě prožívá, pak stejně intenzivně tuto erotickou přitažlivost může zažívat i terapeut.

Kernberg (1999) píše, že otevřené zkoumání vlastních erotických pocitů může pomoci pochopit přenos pacienta a také tato otevřenost může pomoci obrannému popření vlastní erotické reakce. Analytik musí být schopen zkoumat na základě protipřenosu pacientovu přenosovou lásku, ale musí se vyvarovat sdílení svých pocitů svůdným postojem. Analytik se musí vyrovnat s erotickými pocity vůči klientovi, vlastními bisexuálními sklony, které se v protipřenosu mohou aktivovat, ale také s vlastními perverzními a infantilními přáními jako

jsou sadistické a voyeuristické důsledky průzkumu pacientova erotického života. Závěrem autor uvádí, že čím lepší má terapeut vlastní sexuální život, tím pro něho budou výše uvedené úkoly lépe zvládnutelné.

5 Možnosti porozumění zamilovanosti terapeuta do klienta

Při přemýšlení nad porozuměním celé problematice protipřenosové zamilovanosti v rámci terapeutického vztahu jsem se snažil na danou problematiku dívat z několika pohledů. Přemýšlením, co je to vůbec zamilovanost v terapeutickém vztahu a proč se zde vyskytuje, vzniká a co jejím účelem či podkladem. Tento fenomén jsem se snažil popsat z odborného psychoanalytického pohledu a také jako kontrast pak z pohledu lidového, tzv. krásné literatury. Dále pak co jsou samotné vlivové fenomény na straně terapeuta a také pak jaký je vliv klienta na zamilování terapeuta. Zde jsem se zamýšlel, zda – li vůbec existuje univerzální typologie náchylnějších terapeutů či klientů. V poslední části jsem se pak zamýšlel, kdy a mezi kým může docházet k překročení tenké hranice ze zamilovanosti do sexuálního chování v terapeutickém vztahu.

5.1 Zamilovanost

5.1.1 Fenomén zamilovanost v terapeutickém vztahu z odborného psychoanalytického pohledu

Zamilovanost v terapeutickém vztahu můžeme předefinovat jako zvláštní formu přenosu, která nutí subjekt – klienta, aby se pokusil přeměnit objekt – terapeuta v erotické fantazie. Mělo by být objasněno, že slovo „erotický“ je mostem mezi „příjemným“ a „sexuálním“. Klienti mají tendenci se zamilovat do něčeho, co neexistuje – spíše než do něčeho, co existuje – do okolností, které zahrnují idealizaci. Mluvíme o nadměrném používání mechanismu idealizace, který se šíří všemi různými významnými věcnými vztahy, které charakterizují život daného dospělého klienta. To vše implikuje, že tito konkrétní jedinci nemohou navázat skutečné a zralé objektní vztahy, protože se vždy vztahují k ideálnímu obrazu, totiž k něčemu, co tam není. Kromě toho si musíme pamatovat, že osudem idealizovaných objektů je to, že budou nakonec znehodnoceny. Čím větší idealizace, tím radikálnější devalvace (Di Stefana, 2017).

Proto je zamilovanost – erotický přenos jako obrana, přesněji řečeno manická obrana, často doprovázen hraním. Říkám manická obrana, protože mezi mánií a idealizací existuje úzká souvislost mánie pochází z pocitu vnitřního vlastnictví dokonalého milostného objektu –

idealizovaného. V této mánii je idealizovaný objekt prožíván jako vzrušující a žádoucí (pacientův pokus naplnit své erotické fantazie při přenosu vnímá objektový terapeut svým protipřenosem). Dalo by se tedy říci, že erotická vášně je živena touhou, která hledá „naplnění“, souvisí s něčím, co subjektu chybí a co objekt vlastní (nebo alespoň subjekt má iluzi, že tomu tak je).

Pokud terapeut zažívá „zamilování“ své pacientky jako narcistické uznání, pak nepochopil, že takový výskyt je součástí dynamiky přenosu – protipřenosu, která implikuje, že to, co se děje ve vztahu pacient – terapeut, je opakováním nevyřešených vztahů pacienta v jeho historii. Takový analytik možná také přehlédl další důležitý bod, tedy nedostatek „jakoby“ povahy sexualizovaného erotického přenosu (a protipřenosu). K pacientovi analytik „nestojí za“, ale „je“, onou specifickou fantazií, kterou má pacient na mysli (Di Stefana, 2017).

V přítomnosti erotického přenosu/protipřenosu – zamilovanosti se tedy pacient nevědomě snaží naplnit přenosovou fantazií, respektive pacient se neustále snaží proměnit terapeuta v objekt, který má na mysli, tedy terapeut se musí stát objektem pacientovy fantazie! A terapeut zažívá obdobné pocity, někdy s náhledem, že se jedná o cit na základě „jakoby“ reality, někdy s postojem, že je to skutečná realita.

5.1.2 Fenomén zamilovanosti v běžném životě z psychoanalytického pohledu.

Na základě našich nevědomých vztahových očekávání a nevědomých sexuálních fantazií si nacházíme partnera, kterého si následně idealizujeme. Zde máme na mysli normální idealizaci nebo kreativní iluzi, která je zásadní pro proces zamilování, následovaného postupnou deziluzí, která vede ke zralé lásce.

Jiná perspektiva by mohla říkat, že schopnost zamilovat se je základním pilířem v párovém vztahu. Jedná se o propojení erotické touhy, idealizace a potenciálu k vytvoření hlubokého objektního vztahu. Mezi aspekty, které hrají při vzniku zamilovanosti roli bychom mohli jmenovat za prvé agresi jako obranu proti závistí a nepřejčnosti okolí (kdy se tento jev projevuje v romantických představách o lásce, bojující proti nástrahám a nepřejčnosti světa). Za druhé pak prolomení podřízenosti páru nevědomé homosexuální latenci v adolescenci, kdy chlapci opouštějí „mužský svět“, který opovrhuje ženami a potlačuje touhy po závislém vztahu a překročení oidipského zákazu. U dívek pak odstraní tajnou dívčí úmluvu o nezájmu po sexuální intimitě. V neposlední řadě pak může být ve hře fenomén truchlení a separace po

dětských objektech lásky a tato separace může být dovršena, tím, že láska a sex může být propojena na rozdíl od takovéto zakázané situace v dětství (Kernberg, 1999).

Další pohled by mohl nabídnout jednotlivé komponenty vzniku zamilovanosti a to: projekce zralých aspektů ego-ideálu na objekt (partnera), ambivalentní vztah k oidipuskému objektu, obrany pro perverzním, infantilním, genitálním oidipuským tužbám (Kernberg, 1999). Jako výsledek výše uvedených proudů pak vzniká prožitek romantické lásky prochnutý sexuálními tužbami.

5.1.3 Fenomén zamilovanosti z pohledu „neodborníka“ na příkladu krásné literatury

Zamilovanost je častým a silným motivem samozřejmě i v české krásné literatuře. Mnozí čeští spisovatelé se věnovali tématu lásky a zamilovanosti a zachytili různé aspekty této emocionální zkušenosti. Níže jsou nabídnuty protichůdné pohledy K.H. Máchy s jeho tragičností a J. Seiferta s jeho radostností a romantikou, tedy velmi protichůdné představy o zamilovanosti.

Karel Hynek Mácha (2022), významný český básník 19. století, se ve svém díle "Máj" zabývá zamilovaností a vykresluje ji jako vášnivou, intenzivní, a přesto tragickou zkušenost. V básni "Máj" Mácha zachycuje emocionální vzplanutí a vnitřní boje postavy Viléma, který se zamiluje do Jarmily.

Mácha (2022) ve své básni popisuje zamilovanost jako silné emocionální vzrušení, které ovlivňuje myšlení, vnímání a chování zamilovaného jedince. Vilém prožívá intenzivní citové vzplanutí, které je vyjádřeno bohatým jazykem a přirovnáními, které evokují přírodu a sílu emocí. Básník také zdůrazňuje tragický prvek zamilovanosti. Vilémova láska k Jarmile je překážkou a naráží na společenské, morální a osudové bariéry. Zamilovanost je tak vnímána jako nespelnitelný sen, který je ovlivněn osudem a předurčen k tragickému vyústění. Mácha ve svém díle také reflektuje tíhu a nesnesitelnost zamilovanosti.

Celkově lze říci, že Mácha ve svém díle "Máj" zachycuje zamilovanost jako silný a nespelnitelný citový prožitek, který je provázen tragickým osudem a tíhou emocionálních vnitřních konfliktů.

Další ukázka veršů zobrazuje pojetí dalšího významného českého básníka Jaroslava Seiferta (1955) zamilovanosti jako zdroje radosti a inspirace:

Jsi moje štěstí, které září v očích,
jsem tvým básníkem, který snad neumí víc,
než psát ti verše, dýchat tvé vůně kouzelnou,
a v tvých objetích nalézt můj domov skrytý.
Jsi můj svět, kterým se záře rozprostírá,
jsem tvým slunce, které tvůj den osvětluje,
spolu tvoříme nekonečné písničky lásky,
které zní v našich srdcích věčně do nekonečna. (str. 68)

Jeho slova jsou plná něhy, lásky a výrazů oddanosti. Verše vyjadřují blízkost, spřízněnost a vzájemné obohacení mezi dvěma zamilovanými lidmi. Seifertův lyrický jazyk je plný metafor a obrazů, které přenášejí hloubku citů a vnitřního prožitku. Jeho verše odrážejí radostné a vášnivé aspekty zamilovanosti, zářivou a oslnivou přítomnost druhé osoby.

Tento příklad ilustruje Seifertovu schopnost vyjádřit zamilovanost a lásku prostřednictvím básnického jazyka. Jeho verše jsou plné emocí, romantiky a krásy, které předávají intenzitu a hloubku zamilovanosti.

5.1.4 Incestní model

Z jistého pohledu se dá na zamilovanost v terapeutickém vztahu nahlížet jako na incestní vztah, tedy vztah autority, dospělé osoby (otce či matky) - terapeuta a jejich „dítěte“ klienta. Tabu incestu může být velmi důležitým motivem, proč je téma erotického protipřenosu tak citlivé a málo popisované. Nabízela by se otázka, zda – li a proč může být téma incestu tak citlivé a snad i lákavé. Pro bližší pochopení se podívejme na původ slova incest.

Slovo "incest" pochází z latinského výrazu "incestus", který znamená "nepatřičný" nebo "nezákonný". Tento latinský termín se odvozuje od složeniny "in-" (nebo "non-"), což znamená "ne-" nebo "bez-", a "castus", což znamená „cudný“, "čistý" nebo "svatý". Původně se slovo "incestus" používalo v latinském právu pro označení všech nevhodných nebo zakázaných sexuálních vztahů. V současnosti pak daný výraz je používán pro sexuální styk mezi blízkými biologickými příbuznými.

Lákavost „incestního vztahu“ pak může vycházet jednak z „lásky a touhy po rodiči“, ale také z faktu, že daný jev je zakázaný a zakázané ovoce může chutnat nejlépe? Incest tedy může být lákavý a snadno se skryje v intimitě terapeutické pracovny pod pláštěm tzv. skutečné lásky.

5.2 Možné důvody k zamilovanosti terapeuta

V této kapitole se pokouším popsat hlavní možné motivy, osobnostní charakteristiky na straně terapeuta, které podporují vznik protipřenosové lásky, ale je potřeba jednoznačně podtrhnout, že všeobecným podkladem, či pozadím je existence přenosové lásky od pacienta na terapeuta. Jinými slovy, všechny níže uvedené situace (Gabbard, 1994c), **osobní charakteristiky či motivy ze strany terapeuta nasedají na připravený terén „lákající“ přenosové lásky ze strany klienta.**

I když se mohou vyskytovat specifické genderové rozdíly v důvodech vzniku protipřenosové zamilovanosti, tak četné diskuze s oběma pohlavími ukazovali vysokou shodu mezi těmito determinanty. Prominentním tématem se ukazovalo zachraňování klienta. Dalším aspektem je míra masochismu a sebe destrukivity, kdy terapeuti, kde se erotický protipřenos skutečně odehrál pak vykazovali vyšší míru destruktivitu, kdy něžnou lásku přenesli do reálného odehrávání s nevědomým důsledkem ohrozit vlastní kariéru (Gabbard, 1994c).

U terapeutek je pak častým motivem vzniku zamilovanosti fakt, že jejich klienti jsou schopni překračovat hranice, to zvyšuje jejich atraktivitu. Vysvětlením může být, že terapeutka sama nevědomě touží po překračování hranic jako dosažení něčeho zakázaného, co nemůže prožívat.

Pro obě pohlaví by pak mohli dále platit i následující motivy či aspekty pro vznik zamilovanosti do klienta.

Terapeutovi osobní problémy, tedy nespokojenost či nenaplněnost vlastních emočních potřeb v soukromém životě, a tedy vědomá či nevědomá „připravenost“ na novou zamilovanost. V neposlední řadě pak vlastní míra narcismu a struktura osobnosti, tedy pokud je míra narcismu vysoká či nezpracovaná a pak tedy přenosová láska od klienta podporuje tuto narcistickou potřebu obdivu, jejímž následkem se terapeut zamilovává. Může tedy docházet k narcistickému splnutí, kdy je terapeut plně obdivován klientem a potřeby obou jsou tak

naplněny (terapeut dosahuje toužebné obdivu a klient dosahuje vztahu s obdivovaným subjektem). Jinými slovy dochází ke vzniku oboustranné iluze opravdové lásky mezi terapeutem a klientem.

5.3 Vědomý a nevědomý vliv klienta na zamilovanost terapeuta

V případě sexualizovaného erotického přenosu může sexualizace plnit i funkci pseudoautonomie, poskytuje obranu před pocitu (úzkost, nenávisť, zoufalství), které jsou vyvolány tím, že jsme byli zbaveni zdravé závislosti a potřeby splynutí s primárním objektem. Představuje formu sebeochrany před možností ublížení tím, že klient nedostaneme ani od terapeuta onu emocionální investici, která byla nedostatečná v pacientově primárním vztahu co do množství a trvání: „Nejsem tu kvůli svým problémům. když jsem byl dítě“ (pasivní poloha; dítě matky-terapeutky); „přišel jsem tě svést“ (aktivní pozice; manželka otce-terapeuta).

Stručně řečeno, neurotické pacientky v analýze s muži analytiky mají tendenci vyvinout typické pozitivní oidipské přenosy na přenosovou lásku. Toto je známý konvenční kulturní stav závislého sexualizovaného vztahu neurotické pacientky s mužským analytikem, tedy oidipské touhy malé dívky po idealizovaném otci. Naproti tomu ženy s narcistickými osobnostmi v analýze s mužskými analytiky většinou nerozvíjí takovou přenosovou lásku nebo ji rozvinout až ve velmi pozdních stádiích léčby, obvykle ve spíše tlumených formách. Narcistický odpor proti závislosti při přenosu, jehož součástí je obrana proti nevědomé závisti vůči analytikovi s cílem zamezit rozvoji přenosové lásky. Pacientka zažívá jakoukoli sexualizovanou touhu vůči analytikovi jako ponižující, při jejímž vytváření cítí se méněcenná.

Neurotičtí mužští pacienti v analýze s ženskými analytiky obvykle vykazují určitý stupeň inhibice přímých projevů přenosové lásky a mají tendence přenášet ji na jiné předměty, a vyvinout místo toho intenzivní úzkost ze sexuální méněcennosti nebo nedostatečnosti jako součást reaktivace normálního infantilního narcistického rysu ve vztahu k oidipské matce. Francouzská psychoanalytička Chasseguet-Smirgel (1970) na to říká, že jde o nevědomý strach malého chlapce, že jeho malý penis nebude schopen uspokojit jeho velkou matku a jedná se zde o významnou dynamiku. Oproti tomu narcistický mužští pacienti v analýze s analytičkami často vykazují to, co se zdá být intenzivní přenosovou láskou, ale ve skutečnosti je agresivní, sexualizovaná svůdnost odrážející přenosovou odolnost vůči pocitu závislosti na idealizované

analytičce, a snahou je reprodukovat konvenční kulturní situaci ve které se mocný a svůdný muž vztahuje k pasivní a idealizované ženě.

6 Rizika a aspekty překročení hranice terapeutického vztahu

6.1.1 Typologie a motivy terapeutů, překračující hranice formou sexuálního kontaktu s klientem

Vzhledem k tomu, že sexuální zapojení analytiků je vysoce komplexní fenomén, představují autoři (Gabbard & Lester, 1995) heuristicky užitečnou psychodynamicky založenou typologii analytiků, kteří překročili sexuální hranice.

Většina analytiků a dalších psychoterapeutů, kteří měli sex s pacienty, spadá do jedné ze čtyř níže popsaných kategorií poruch: psychotické poruchy, predátorská psychopatie a parafilie, nemoc z lásky nebo masochistické vzdání se (Gabbard, 1994b)

Psychotické poruchy

Občas je manická epizoda bipolární afektivní poruchy zapojena do pocitu všemohoucnosti praktikujícího, pokud jde o jeho nebo její schopnosti léčit druhé prostřednictvím lásky nebo sexuálních vztahů. Těchto případů je ale dokumentováno velmi málo.

Predátorská psychopatie

Do kategorie predátorské psychopatie řadíme nejen pravé antisociální poruchy osobnosti, ale i těžké narcistické poruchy osobnosti s výraznými antisociálními rysy. Tito praktikující terapeuti jsou obvykle muži a většinou se během svého života projevují dravým sexuálním chováním.

Hlavní variantou predátora je hluboce narušený narcistický analytik, který se dostal na vrchol své profese. Pochvalování, kterého se mu dostává a které vyhledává, je opojné do té míry, že začíná věřit, že je odlišný od ostatních terapeutů (Gabbard & Lester, 1995). Jeho velkolepost je podporována a své chování bez hranic začíná racionalizovat jako přijatelné jednoduše proto, kým je. Běžné etické normy se na něj nevztahují. Zcela nelituje svého sexuálního styku s pacienty, protože věří, že mají štěstí, že od něj měli sexuální laskavost. Jako ukázkou autoři (Gabbard & Lester, 1995, p. 135) nabízí konkrétní kazuistiku terapeuta který sexuálně zmanipuloval několik pacientek a tvrdil jim „pokud mi nemůžete důvěřovat natolik, abyste se mnou měli sex, jak vůbec můžete očekávat, že budete moci důvěřovat mužům mimo terapii? Tento vztah je bezpečným místem k prozkoumání vaší sexuality a vašich problémů s důvěrou. Někde začít musíte!“

Někteří silně narcističtí terapeuti tedy doslova věří, že jejich sexuální udatnost je taková, že pacienti budou vyléčeni ze svých sexuálních úzkostí tím, že s nimi budou mít sex.

Nemoc z lásky

Gabbard (1991) tvrdí, že většina analytiků, kteří se sexuálně zapletou se svými pacienty, spadá do této kategorie. U zamilovaných analytiků se běžně vyskytuje řada charakteristických rysů, včetně významné narcistické zranitelnosti, ale s větší integrací superega, než je tomu u typického predátora. Když je analytik muž, typický scénář je, že terapeut ve středním věku se bláznivě zamiluje do mnohem mladší pacientky. K této zamilovanosti obvykle dochází v kontextu extrémního stresu v životě analytika. Pokud nejsou emocionální a sexuální potřeby analytika uspokojeny doma s pečujícím a milujícím partnerem, může je začít vyhledávat u pacientů, aby tyto potřeby uspokojil. Zejména dvě funkce ega jsou často narušeny: úsudek (tj. schopnost předvídat důsledky svých činů) a testování reality.

Snížený úsudek zahrnuje ztrátu kvality „jako kdyby“ typické pro analytikovu běžnou zkušenost s protipřenosem. Jinými slovy, je zde neschopnost odlišit přání protipřenosu od reality situace, takže analytik nedokáže nahlédnout, že se něco z minulosti opakuje a city k významným osobám z analytikovy minulosti se přesouvají na pacienta. Ztráta úsudku často zahrnuje neschopnost analytika vidět sebedestruktivní povahu svého chování a také možnost poškození pacienta. Testování reality pak obnáší sníženou schopnost nahlédnout na dopady svého chování do života pacienta, svého života i samotný dopad na průběh terapie.

Láska je samozřejmě irelevantní pro etické úvahy v sexu mezi analytikem a pacientem, ale někteří analytici takové chování omlouvali na základě představy, že funguje „pravá láska“. Situace je komplikovaná, protože pacient, který je příjemcem lásky jeho analytika, se může cítit výjimečně.

Masochističtí terapeuti

Někteří analytici dle Gabbarda (1991) se opakovaně ocitají ve vztahu s obtížným pacientem, ve kterém se cítí mučení požadavky pacienta. Tento vzorec odráží masochistický vztahový styl, který může mít tragické důsledky. Zdá se, že tyto terapeuti ve své práci a často i v soukromém životě usilují o své ponižování a obětování. Pravděpodobně nejběžnějším scénářem je mužský analytik, který se nechá zastrašit a ovládat náročným pacientem, který ho nutí k čím dál eskalujícím porušování hranic jako způsobu, jak zabránit sebevraždě. Pacient

je často obětí incestního vztahu, a trpí disociativní poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou nebo hraniční poruchou osobnosti.

Tito analytici mají charakteristické problémy vypořádat se s vlastní agresí. Prosazovat svá vlastní práva nebo stanovovat pacientovi limity je považováno za kruté a sadistické, takže veškerý hněv se obrací dovnitř v podobě sebe porážejícího chování a postojů. Jak se pacientovy požadavky zvyšují, analytik využívá formování reakcí k obraně proti rostoucímu odporu a nenávisti vůči pacientovi. Právě v okamžiku, kdy zášť analytika dosahuje monumentálních rozměrů, pacient může obvinít analytika, že se o to nestará. V takových konfrontacích mají analytici pocit, že jejich negativní pocity byly odhaleny. Následné pocity viny je vedou k tomu, že přistoupí na pacientovy požadavky, takže agrese v obou členech dyády je držena na uzdě.

Psychoanalytická práce s analytiky v této kategorii běžně odhaluje přílišnou identifikaci terapeuta s pacientem. Stejně jako terapeuti s „nemocí z lásky“, i ti v této kategorii mohou znovu ztvárňovat své vlastní dětské zkušenosti se špatným zacházením ze strany rodičů.

Posloupnost událostí je nejlépe pochopena jako odvíjení dramatu zahrnujícího tři hlavní postavy: násilníka, oběť a všemocného zachránce. Vztah analytik-pacient začíná jako paradigma zachránce-oběť, dokud analytik „neuběhne míli navíc“ tím, že sestoupí po kluzkém svahu do bodu, kdy se cítí pacientem neúnavně mučen. V tomto okamžiku se role mění a pacient se stává násilníkem, zatímco analytik se stává obětí. A konečně, ve snaze zachránit pacienta, se analytik dohodne na znovuodehrání (reenactmentu) raného zneužívání, ve kterém se stává násilníkem a pacient je opět obětí (Davies & Frawley, 1992).

6.1.2 Typy pacientů náchylných podlehnout překročení hranice v terapeutickém vztahu

Je dobře známo, že jedna skupina vysoce rizikových pacientů pro zneužívání psychoterapeutů se skládá z pacientů, kteří mají v anamnéze incest. S takovými pacienty se v analytickém prostředí znovu odehrává bezmezná situace dětství. Často tyto pacienti vždy vnímali péči jako fenomén, který je nerozlučně spjatý se sexualitou. Bylo s nimi zacházeno jako s prodloužením těla někoho jiného za účelem potěšení toho správce. I když nelze nikdy vinit pacienta za neetické prohřešky analytika, tyto pacienti často analytikovi vědomě či nevědomě sdělují, že nic jiného, než opakování původního incestního vztahu jim nepomůže (Gabbard, 1994a).

Většina jedinců, kteří hledají kariéru v psychoterapii nebo psychoanalýze, skrývá vědomou nebo nevědomou fantazii, že láska léčí. Filmová zobrazení psychoterapie posilují představu, že láska je léčivá, takže mnoho pacientů tuto fantazii chová, když vstupují do analýzy nebo terapie. Ve skutečnosti je běžnou fantazií pacientů vstupujících do analýzy, že jejich problémy jsou založeny na nedostatečné rodičovské lásce během dětství a že mechanismus léčby je takový, že je analytik bude milovat lépe a úplněji než jejich rodiče. Toto paradigma léčby je přesně tou protipřenosovou pastí, ve které se mnozí analytici ocitli.. Zvláště pacienti s hraničními poruchami osobnosti a disociativními poruchami často trvají na tom, že láska je jediná věc, která jim pomůže, a že slova jsou zbytečná.

6.1.3 Další možné náhledy na překračování hranic ve vztahu

Jedním z hlavních motivů, který se může prolínat skrze výše uvedené osobnostní charakteristiky je téma terapeutovy moci nad klientem. Zneužívání moci může být pro ně způsobem, jak upevnit svou mocenskou pozici a udržet si kontrolu nad klientem. Terapeuti s nízkým sebevědomím nebo silnými pocitovými nejistotami mohou zneužívat moc ve vztahu jako mechanismus pro posílení svého sebevědomí a potvrzení vlastní hodnoty. Tím, že mají nad druhou osobou moc, se cítí lepší nebo důležitější.

Ke zneužití moci může vést také strach z odmítnutí a ztráty kontroly. Cítí, že musí druhou osobu ovládat a manipulovat s ní, aby se vyhnuli svému strachu z odmítnutí nebo ztráty.

Potřeba vyrovnávat se s vlastním traumatem může být dalším nevědomým motivem ke zneužití moci. Přenesení svého vlastního utrpení na druhou osobu jim může poskytnout dočasnou úlevu.

Specifickými a podpůrnými faktory pro překračování hranic je pak nastavení nejasné terapeutické spolupráce, vliv intimního prostředí v samostatné ordinaci, často zcela samostatném pracovišti. Rovněž „setting“, kdy klient leží na lůžku a analytik ho má pod vizuální kontrolou a z toho pramenící nevyrovnaná situace.

7 Hypotézy k fenoménu nedostatečného zachycení terapeutovy zamilovanosti v literatuře

V této kapitole se zamýšlím nad tabuizováním tématu či výrazným „tichem“, nad otázkami, proč se o fenoménu proti přenosové zamilovanosti mnoho nepíše, obzvláště pak v českých odborných kruzích. Proč se dané téma příliš nepřednáší mladým a začínajícím terapeutům. Proč to vypadá, že je to jev, který neexistuje, který jako by se poplatně psychoanalytickému způsobu přemýšlení vytěsňoval mimo světlo, jako by tím mohl přestat existovat.

Tato skrytost je o to zajímavější, když současné odborné názory se na protipřenosovou zamilovanost dívají jako na další z možných terapeutových nástrojů pro léčbu klienta.

7.1 Může „toho“ být hodně?

Jednou z prvních hypotéz obecného pomíjení tématu může být obecně sdílená obava, že se toho děje hodně. Otázka samozřejmě je, čeho „toho“? Děje se často, že se zamilovává klient? To asi ano a tento jev se již dlouho považuje za prostředek k léčbě. V literatuře, výcvicích i odborných fórech se o tom dozvíme mnoho.

Děje se často, že se zamiluje terapeut? No samozřejmě, že nevíme, dle teoretických konceptů by se to mělo někdy za kariéru stát většině terapeutů, pokud léčebný proces probíhá, jak má a říká teorie.

Ale může se to přiznat nebo alespoň vést odbornou diskuzi? Nevznikly by polemiky, že od citu je blízko k reálnému svádění a pak k samotnému sexuálnímu chování? Nepoškodilo by to reputaci samotné terapie a obzvláště psychoanalýzy, kde je specifický „setting“, tedy ležící klient na lůžku.

7.2 Atraktivní klienti v terapii aneb kdo by s nimi nechtěl pracovat a zažívat hezká a milá setkání?

Kdo z terapeutů či terapeutek by nechtěl pracovat s někým kdo se mu líbí? Šli bychom trochu proti své přirozenosti, tedy být rádi lidmi, kteří nám jsou sympatičtí. Kdo by nechtěl

zažívat trochu obdivu a úcty od atraktivního klienta/klientky? Kdo by si chtěl do psychoterapie brát pouze klienty co se nám nelíbí, nejsou nám sympatičtí, netěšíme se ně, není nám s nimi dobře.

Tak jak v minulosti hlásali a někdy ještě dnes hlásají odborné názory v rámci oboru, tedy jakmile terapeuta ucítíš vlastní zájem, někdo se ti bude líbit, pak hned s ním z terapie pryč.

Museli bychom velmi masochističtí zaměření, abychom si i tak náročnou práci ještě ochuzovali o tuto perspektivu Kde by to mohlo pokračovat? Po atraktivních a přitažlivých klientech by přišli na „řadu“ mladí a bohatí, neboť těm závidíme, pak možná zdraví, a nakonec by nám mohli zbýt pouze „chudí, oškliví a nemocní“, ti opravdu a hluboce vyvolávají hlavně soucit.

Tedy může vznikat závěr, o tématu nemluvíme v odborném veřejném prostoru, a nikdo mne pak nebude omezovat, radit a nedávat „správná doporučení“, tedy abych se potenciálně vzdal svých oblíbených a atraktivních klientů

7.3 Stud a selhání terapeuta jako jednotlivce aneb kdo o tom chce mluvit a co na to můj vlastní partner?

S tou hypotézou mohou souviset nároky, které si na sebe klade leckterý, obzvláště pak začínající psychoterapeut. Tedy měl by být tak silný, sám sebou nahlédnutý, měl by si uvědomovat většinu svých slepých skvrn.

Tedy zamilovanost není na místě, obzvláště, když se o tom moc nemluví, tedy se to asi kolegyním či kolegům neděje, jistě to bude jen moje téma. A to by mohlo být vnímáno jako selhání, následované výčitkami a studem kvůli překročení hranice s klientem, když tato hranice je popsána velmi skromně, jen se ví, že nemá být s klientem sexuální vztah a styk.

Kdo by pak chtěl v tabuizovaném prostředí ukázat sám na sebe prstem a přiznat, že se mohl zamilovat do klienta? Kdo by se chtěl přiznat a přednášet o daném tématu kolegům, kdo by chtěl přispět do výzkumu či diskuze na dané téma.

O další úroveň studu či výčitek hlouběji by se pak psychoterapeut mohl dostat, pokud by skutečně hranice překročil, měl s klientem sex či jinou formu intimního sblížení. O důvod více v tomto případě nic neříkat.

Přání vyhnout se studu či pocitu selhání, profesionální pochybení může pak vést k dalšímu zametání problematiky pod koberec.

Specifickou bariérou v oblasti studu může být vlastní rodinná situace, kdo by přece chtěl přednášet či psát o svých zamilovanostech, když má doma druhou polovičku či rodinu. Partner ne – terapeut by asi složitě akceptoval sice protipřenosové zamilovanosti svého manžela či manželky, přesto ale reálné pocity.

7.4 Kdo tedy v tomto pomáhajícím oboru vlastně může pracovat?

Lidé, co mají pomáhat druhým, lidé, co mají specializované vysokoškolské vzdělání, lidé, co mají speciální dlouholetý sebezkušenostní výcvik? Tedy lidé, co by měli být mnohem dál než jejich pacienti?

Opravdu mohou lidem pomáhat terapeuti co mají silně narcistní strukturu osobnosti? Co jsou také masochističtí? Co používají predátorské a mocenské praktiky? Takový terapeuti, co ani po několika letech výcviku nevědí co dělat s protipřenosovou zamilovaností? Takový terapeuti, co neumějí udržet hranice v profesním a pracovním vztahu?

Nebo také takový terapeuti, co mají osobní či vztahové problémy a řeší si je v rámci terapeutického, ale nevyrovnaného vztahu?

Opravdu tito lidé mohou pracovat v oboru, kde mají pomáhat pacientům s jejich vztahovými potížemi?

Nezpůsobila by velmi otevřená diskuze paniku v oboru či mezi klienty?

7.5 Musíme přeci zabránit diskreditaci oboru aneb opět „ta psychoanalýza“?

Co by se asi tak stalo s celým oborem, kdyby se otevřeně psalo v odborné literatuře o tom, že se terapeuti mohou zamilovávat do svých pacientů? A že někdy ještě dochází k překročení sexuální hranice kontaktu.

Vždyť přeci víme, že mnoho klientů čte i odbornou literaturu. Vždyť přeci víme, že jedno z nejčastějších témat pro klienty jsou vztahy a partnerství. Nebyl by ohrožen jeden ze základních principů terapie, tedy důvěra v terapeuta a bezpečí?

A co samotná psychoanalýza, jako jediné se alespoň trochu zabývá fenoménem protipřenosu, mnoho dalších terapeutických škol toto téma příliš neřeší, někde se vztahy snad i tiše tolerují. Nebyla by psychoanalýza opět otloukánkem ze strany jiných terapeutických škol?

Nepřidalo by se k dnešním „jasným názorům“, že je psychoanalýza je hlavně o sexu, pudech (jde nám přeci o jejich zkrocení) a mé hrozné matce a otci, také spekulace, proč tam vlastně mají to lůžko. Když se mluví o sexu, pak možná není daleko od slov k činům?

Jinými slovy, pomohla by širší a otevřená diskuze, mimo úzkou odbornou psychoanalytickou veřejnost“ oboru psychoterapie a psychoanalýze zvlášť?

7.6 Co by na to klienti případně jejich právníci aneb jak se může bát sám terapeut?

Bezpečí a důvěra ze strany klienta v terapeuta a proces je přeci základem. Zde se nabízí otázka, co by veřejná diskuze udělala s klienty, co by si mysleli, jaký by dané otevřená diskuze měla vliv na bezpečí a důvěru v terapeutickém vztahu.

Nevzniklo by kolem daného tématu protipřenosové zamilovanosti také podobné stigma jako u hnutí „*Me too*“? Nevyrojily by se desítky klientů a klientek co by zpětně obvinili své klienty? Zatím nejsme USA, ale co na to právníci movitých klientů? Nerozjeli by se také žaloby? Co by potenciální eskalace výše uvedená udělala s bezpečím pro samotné terapeuty? Nebáli by se otevřeně pracovat se svými protipřenosovými pocity, přinášet je na supervize?

Nevedlo by to k plošnému vytěšňování, že nic takového se mi jako terapeutovi neděje, respektive nesmí dít, přeci si neohrozím vlastní praxi a kariéru, když víme, co mohou udělat média, právní zástupci klientů?

7.7 Moc za zavřenými dveřmi aneb nejsme přeci jako církev?

Psychoterapie a moc, na první pohled to samozřejmě nesejí, vždyť psychoterapie je pomáhající profese. Při bližším zkoumání je to samozřejmě také o moci, o moci terapeuta nad pacientem, o nevyrovnané pozici.

Jeden sedí a má druhého pod kontrolou, jeden mluví a druhý moudře naslouchá, jeden se chce/potřebuje nechat léčit druhým, jeden je za experta v oboru lidské psychiky a druhý se nevyzná ani sám v sobě.

To vše samozřejmě ukazuje na nevyrovnanou pozici, kdy terapeut trochu skrytě drží oštěv vztahu a klient mu je trochu vydán.

Všichni známe příběhy oborů, kde se moc velmi zneužívala, například církev, kde se pod rouškou dobra a mlčení děla a možná i stále dějí zvěrstva za hranicemi duchovního vztahu, nebo manažerský či byznysový svět, kde „mocný šéf“ má v moci křehkou oběť kolegy či kolegyně a ta pod pohružkou strachu a důsledku podléhá mocenským choutkám. Taková přeci psychoterapie není a ticho kolem protipřenosové zamilovanosti a možných důsledků to potvrzuje

7.8 Profesionální etika?

Většina profesních organizací a etických kodexů v oblasti psychoterapie zdůrazňuje důležitost udržování profesionálních hranic mezi terapeutem a klientem. Terapeut by měl být primárně orientován na pomoc klientovi a na jeho potřeby. Diskutování o romantických nebo emocionálních vztazích mezi terapeutem a klientem by mohlo vést ke zmatení, zneužívání moci nebo jiným etickým problémům, ale také by opět mohlo otevřít pověstnou Pandořinu skříňku.

8 Jak terapeuti/analytici o své zamilovanosti mluví, jak ji zachycují, pojmenovávají a vysvětlují tento fenomén včetně možných dopadů na jejich terapeutickou činnost

8.1 Možné náhledy na erotický protipřenos v odborných kruzích

8.1.1 3 skupiny postojů

Davies (1998) nabízí, že mezi analytiki jsou i tací, kteří se rozhodli věřit, že neexistují, sexuální a erotické reakce analytika na pacienta a pokud existují, pak jsou vždy patologické, vždy deriváty nevyřešených oidipské a dokonce i předoedipské situace, vždy jsou důkazem potřeby analytika vrátit se k léčbě pro další analýzu těchto problémů. Autorka (Davies J. M., 1998) pak dále nabízí další 2 skupiny terapeutů níže v odstavcích.

Existují pak také ti (např. Gorkin, Maroda, Gabbard a Kernberg) kdo by se zdrželi patologizace prožívání analytika, a tito autoři by to viděli jako důležité protipřenosové informace a jako takové by měly být pochopeny a zpracovány, ale nikdy by neměly být sdíleny nebo otevřeně prozkoumány mezi pacientem a analytikem.

Konečně jsou tu ti, (Renick, Davies, Knoblauch, Slavin, Rachmani, Pollack, Messier, Schaffer, Malone, Coen, Searles), kteří tvrdili, že soudné a taktní odhalení sexuální reakce u analytika, zejména v klinické situaci, mu mohou pomoci usnadnit demystifikaci infantilních konfliktů u klienta, a to prohloubením analytického dotazování. Toto může platit zejména tam, kde se pacient distancuje od své nebo analytikovo sexuální subjektivity, a tak se stává tento odpor možným rozuzlením přenosově – protipřenosové situace.

8.1.2 Obavy analytiků

Často se stává, že paranoidní a podezřívaví terapeuti se bojí, že by jiní lidé (kolegové, nemocniční personál, jiní pacienti) mohli slyšet, vidět nebo si uvědomit, že pacient během sezení masturbuje, sténá nebo dělá striptýz (Di Stefana, 2017). Protipřenos může nabýt sexuální kvality a v tomto případě se vzrušení pocíťované v protipřenosu může ukázat jako natolik rušivé, že vážně zatěžuje terapeutovu schopnost myslet. Protipřenos často díky neustálým pokusům o svádění a projekci vzrušení nabývá negativní kvality. Pocity hněvu, nepohodlí a

bezmoci v reakci na tvrdohlavost a sílu mimo analytických a sexuálních požadavků ze strany pacienta jsou ve skutečnosti zcela běžné. Ani přání exkluzivity není vzácné – totiž fantazie být jediným dobrým objektem v životě pacienta (zejména u hysterických pacientů). Všechny tyto zkušenosti s protipřenosem se obvykle střídají a prolínají během stejného průběhu psychoterapie.

Není-li analytik příliš rozrušen, má k dispozici nesmírně užitečný a cenný pracovní nástroj, který mu umožní dostat se do kontaktu s hlubokou vnitřní životní zkušeností pacienta. Tímto způsobem by například protipřenosem, který vede analytika k vykonávání primární (mateřské) funkce, mohl být nápomocný k tomu, aby se dostal do kontaktu s potřebami pacienta skrytými za erotizací (tento výskyt je častější v případech, kdy má pacientka fantazie splnutí s předoidipickým objektem). Je také možné, že protipřenosem pocit zoufalství by mohl být podobný tomu, který zažívá pacient (Di Stefana, 2017).

Další skupina analytiků se tématu vyhýbá, popírá ho až to může negativně ovlivňovat průběh terapie. Zdrojem výše uvedeného pak může být obava ze skandalizace, falešného nařčení, možné právní dohry. Tito analytici nejen že, protipřenosem potlačují a odmítají, ale dokonce se tématu lásky a sexuality pak mohou bát natolik, že se záměrně vyhýbají i jen analýze těchto oblastí u pacienta, aby nebyli nařčení se svůdného chování či sexuálního obtěžování.

8.1.3 Analytici se bojí možná více než pacienti

Wrye a Welles (2016) upozorňují na „otisk tělesné lásky“ mezi matkou a dítětem. Podle jejich názoru má erotický zážitek vždy svůj původ v kontaktech s tělními tekutinami, které vytvářejí smyslnou přilnavost ke vztahu s dítětem. Podle jejich názoru terapeutický erotický přenos a protipřenosem obnovují tento smyslný erotický kontakt mezi matkou a dítětem. Psychoanalytičtí terapeuti nestojí mimo zkušenosti zbytku lidstva. Erotické nevědomí, které prostupuje každou oblast pacientova života, bude téměř nevyhnutelně zaujímat své místo v přenosu a totéž platí pro terapeuta.

Zda má terapeut aktivní sexuální život nebo ne, je irelevantní. Všichni terapeuti mají sexuální zážitky a zkušenosti a vědomý i nevědomý erotický fantazijní život. Měl bych ale říct, že i když si nedokážu představit terapeuta, který by neměl nevědomý erotický fantazijní život, dokážu si dobře představit všemožné způsoby obrany proti jeho rozpoznání, vše od

schizoidních faktorů v osobnosti terapeuta, represi, popírání, disociaci a intelektualizace psychoanalytické teorie (např. použití pojmů jako projektivní identifikace, když někdy terapeut považuje své vlastní pocity za to, že je tam vložil pacient). Psychoanalytická teorie využívá dvojici matka – dítě jako model pro pochopení vztahu mezi dvěma lidmi. Neměli bychom však zapomínat, že dvě jsou také čísla pro pohlavní styk a plození. Analytické setkání je stejně naplněný erotickými podtóny pro dospělé jako původní model matky a dítěte (Mann, 1999).

Nelze popřít, že práce s erotickým materiálem v terapii může způsobit značnou míru úzkosti u obou účastníků. Kumin (1995) to výstižně nazval „erotický horror“ a nepochybuje ani o tom, že erotika, stejně jako jakýkoli jiný rys analytického procesu, může být používán defenzivně, aby odolal terapeutickým změnám. Přesto se zdá, že erotika nabízí některé z nejvýznamnějších příležitostí k psychickým změnám v životě jednotlivce. Protože k tomu často dochází mimo analytické setkání, proč by tomu tak nemělo být případně analytické práci? Podle Kuminova názoru lze vidět erotiku jako v podstatě vykonstruovanou a jako odpor je častěji indikací odporu u terapeuta spíše než u toho, co se děje se pacientovi.

Psychoanalýza měla vždy strach z erotiky v terapii od Breuerových neúspěšných pokusů spolupracovat s Annou O.

Později Freud (2002) přirovnal erotický nebo milostný přenos k výbušnině: úzkost o pacienta a terapeuta je, že se erotické nebo milostné city vymknou kontrole a kdo ví, jaký bude výsledek. Erotické fantazie budou téměř jistě aktivovány jak u pacienta, tak u terapeuta.

8.1.4 Milujme své pacienty

Nathan Fiedl (1999) uvádí zkušenost, že s z počátku kariéry řídil Freudovými doporučeními: tedy interpretoval přenosovou lásku tak, že klientčina připoutanost ke mně byla prostě odpor k analytickému procesu. Ale s plynutím času a s dalšími úvahami, se Field stal méně přesvědčený o Freudově přístupu. Ani se nezdá realistické, že terapeuti mohou, jak doporučuje Freud, rozvinout „lhostejnost“ tím, že si „uhlídají protipřenos“.

Domnívám se, že je to kus sebeklamu, když si terapeuti představují, že mohou skrývat své pocity před svými pacienty.

Láska ve všech jejích podobách, tvrdí Field (1999), která zahrnuje porozumění, konfrontaci a udržování bezpečných hranic, je základním léčivým faktorem. To zahrnuje obojí,

tedy terapeutova lásku k pacientovi a terapeutova připravenost být milován pacientem a nebát se toho. Láska má samozřejmě svá nebezpečí, ale podle autorových zkušeností byly mnohem nebezpečnější případy, kdy, ať se snažím sebevíc, nejsem schopen milovat svého pacienta.

Američan, psychoanalytik Thomas Malone (1976, p. 401) na toto téma říká „nejvýznamnější objev, ke kterému jsem došel za třicet let psychoterapie je, že, než můžete někomu pomoci být jiný, musíte ho přijmout takového jaký je. Pokud k tomu nedojde, v terapii se nic neděje.“ Což znamená milovat – užívat si – být s nimi takovými, jací jsou, bez jakéhokoli naléhání být jinými, abyste je milovali. Některé klienty nemůžeme přijmout ani po měsících. A nemůžeme jim pomoci. Jiné můžeme přijmout – může to trvat týdny nebo měsíce – a těm se dá pomoci. Malone (1976, p. 401) pak dodává „ano, přijetí klienta v různých podobách, to je vždy moje první zakázka v terapii.“

Kromě toho další vlivný psychoanalytik Harold Searles (1965, p. 284) řekl „od té doby, co dělám intenzivně, zjišťuji, že v průběhu práce s každým z mých pacientů, kteří pokročili do pokročilé fáze léčby, jsem zažil romantické a erotické touhy oženit se a také jsem měl představy o svatbě s pacientem.“ Searles říká (1965), že čím je pacient celistvější, analytik jej shledává atraktivnějšími. Důsledky jsou jednoduché, ale ohromující: čím více se pacient cítí milovatelný, tím více ho lidé i terapeuti budou milovat. Může to být částečně výsledek projektivní identifikace pacienta, ale přestože jsme s tímto fenoménem tak obeznámeni, to tento jev nedělá méně pozoruhodným nebo méně terapeutickým.

8.1.5 Současné různorodé analytické proudy

Současní psychoanalytičtí autoři vybízejí k vášnivému angažmá mezi analytickým párem a opatrně připouštějí, že analytik bude mít pak tendenci často ztrácet svou terapeutickou pozici a spíše jednat než reflektovat. Ostatně Renik (1993) tvrdí, že neměnnou cestou k tomu, aby si analytik uvědomil své schopnosti, je jeho schopnost reflexe svého protipřenosu skrze rozpoznání jeho neurotického jednání s pacientem. Renik je však optimistický v tom, že analytici, pokud jsou schopni tolerovat takovéto vlastní pocity, z nich mohou pak čerpat při poznávání nového vývoje v oblasti protipřenosu, tak aby mohli pacientovi pomoci. Renik tvrdí, že čerpá ze svých fantazií o milostném poměru se svými pacientkami, aby jim lépe porozuměl, protože si představuje, co by se v každém románu pokazilo. Neskrýval ani to, že

takové fantazijní aféry jsou pro něj zábavou a součástí jeho legitimního analytického uspokojení! Málokdo by z analytiků tvrdil, že je terapeutické dopřát si tzv. léčbu láskou při níž se konflikt neanalyzuje, ale vyhýbá se mu ujištěním a (láskyplným) uspokojením ze strany analytika. Většina analytiků by se obávala, že analytikovy láskyplné city k pacientovi mohou narušit analytický postoj a neutrální interpretace.

Zkoumáme-li lásku mezi analytickým párem, musíme se ptát, kdy se taková láska projevuje. Analytici diskutují o tom, zda pacienti s depresí potřebují počáteční fázi léčby, v níž mohou zažít určitý stupeň láskyplného přijetí od analytika. Někteří tvrdí, že taková "láskyplná" počáteční fáze léčby uspokojuje požadavky deprivovaného pacienta na kompenzaci a posílení nevědomých vzorců, čímž se ztěžuje jejich analyzování a zřeknutí se jich. Jiní naopak tvrdí, že při analyzování konfliktů deprivovaných pacientů týkajících se jejich touhy být milováni, se léčbě nevyhnutelně dospěje do fáze, v níž se pacient otevře svým potřebám, tedy o intenzivní touhy být milován analytikem. A může se dokonce stát, že někteří analytici jsou proti takové podpoře touhy depresivního pacienta po milování v přenosu, protože pacientova regresivní přání ohrožují jeho zdravotní stav. Aby se terapeuti ochránili před láskyplnými city mezi sebou a svými pacienty, mohou analytici zůstat odtažití, kritičtí nebo odmítaví, nebo se mohou připojovat k pacientovi v přetrvávajících sadomasochistických odehráváníích. Antagonismus a boj jsou totiž někdy pro analytický pár snesitelnější než láska. Sadomasochistická provokace dává totiž iluzi kontroly nad druhým a nad potřebami druhého. Milovat a chtít být milován je riskantnější. Vzrušení z možnosti provokovat druhého chrání před nejistotou a zranitelností při touze být milován (Renik, 1993).

8.2 Terapie analytiků, co selhali a možné nástrahy pro terapeuty v rámci protipřenosu?

Tématu překračování hranic se tradičně věnuje O.M. Gabbard, tentokrát v článku (1995). nastiňuje běžná přenos protipřenosová témata mezi terapeuty v okamžiku, kdy překročily hranici sexuálního kontaktu s klientem a řeší toto překročení hranic v rámci vlastní terapie.

Gabbard (1995, p. 10) nabízí, že „naše okamžitá reakce je ptát se, jak je ten kolega odlišný od nás? Psychotik? Bere drogy? Mohl by být náš kolega? Alkoholik? Zvláště když je kolega někoho, koho respektujeme, přemýšlíme o křivém obvinění nebo obviňujeme pacienta ze svádění terapeuta.“

Občas se u terapeuta vyvine plnohodnotná psychotická porucha a přestupek má původ v bludném myšlení. Jiní, hranice přestupující, terapeuti spadají do kategorií jako psychopat, parafilik, nemoc z lásky a masochistická kapitulace. Podle Gabbardových zkušeností z hodnocení a léčby více než 60 psychoterapeutů s historií sexuálního chování s pacienty, existují konzistentní vzorce chování u přenosu – protipřenosu, které se rozvíjejí s takovými pacienty – analytiky. Jedná se o 6 typů popsanych v následujících odstavcích (Gabbard, 1995).

Terapeut jako „vymahač dodržení práva“

Zde může docházet k tomu, že terapeut je vnímán jako prodloužená ruka licenční komise než jako terapeut a může být velmi vážně ohrožen pocit bezpečí pro léčeného terapeuta. Terapeutovi může jít více o blaho a bezpečí budoucích pacientů než pomoc kolegovi. Tento fakt se pak může projevit v protipřenosu formou pocitu nadřazenosti a pohrdání a tím pak mohou zaujímat trestající postoj a zřít se vlastních protipřenosových sexuálních impulsů, neboť je projektivně mohou vidět pouze v pacientovi.

Terapeut jako „korumpovaný objekt“

Terapeuti podílející se na sexuálním zneužívání často zažívají profesní hranice jako zbytečně dusivou a přehnaně formální. Mohou racionalizovat své dvojí vztahy s pacienty různými způsoby a zůstávají lhostejní k tomu, že jsou uspokojovány jejich vlastních potřeb spíše než léčebné cíle pacienta. Typické problémy s profesionálními hranicemi zahrnují následující: neochotu vybírat platbu od pacienta, nepřiměřené snížení poplatku, nadměrné sebeodhalování, setkávání se s pacientem pro speciální „schůzky“ mimo kancelář atd. Tito terapeuti často mají zoufalou potřebu být známý jako „skutečný člověk“ pro pacienta a pokusit se popřít, že jim byl vyplácen poplatek za službu ve svěrenském vztahu a tím stát se kamarádkým a blízkým. I v samotné terapii těchto terapeutů se pak snaží překračovat hranice léčby a korumpovat terapeuta. Toto pak následně může vést k protipřenosové touze terapeuta hranice také překročit, následně na toto reagovat skrytou agresí a zvýšenou rigiditou v oblasti dodržování hranic, což má nakonec za důsledek sníženou empatii, která je pro léčbu potřebná.

Terapeut jako „objekt lásky“

Mnoho sexuálních kontaktů mezi pacientem a terapeutem vychází z intenzivní protipřenosové reakce terapeuta. Sexualizace mění nepříjemné pocity v příjemnější. Toto nastává, pokud má terapeut silné nenávistné pocity či pocity odporu, a tak je může nevědomě nahradit milostnými či sexuálními city k terapeutovi. Stejně tak takovýto terapeut v léčbě může

frustraci vůči léčícímu terapeutovi nahradit silným erotickým přenosem. U terapeuta může docházet k silnému protipřenosu, díky fascinaci, závidi a obdivu k léčenému terapeutovi, že překročil hranice incestního tabu a vstoupil do zakázané oblasti.

Terapeut jako „zachránce“

Obvinění terapeuti často vstupují do terapie s pocitem studu, viny a hanby a hledají někoho, kdo jim odpustí a bude jejich zpovědníkem. Dalším možným pocitem, je pocit nepochopení a zneužití. Nepochopení od odborné veřejnosti, kde jsou souzeni za překročení hranic a nikdo nebere v potaz, zda svým skutkem pacientovi nepomohli. A zneužitím pak směřem k pacientovi, který je svedl a následně je udal. Následkem pak mohou být velmi silné protipřenosové tlaky vidět klienta jako oběť a následně s ním vytvořit alianci a zachránit, místo toho ho léčit. Rizikem pak může být přílišná empatie a záchranářské tendence, tak typické pro mnoho terapeutů.

Terapeut jako „autoritativní rodič“

Častým zjištěním u léčených terapeutů je, že mají odpor k autoritářskému prostředí a vzpouzejí se autoritám, jako by měli názor „co mi kdo má co říkat, jak mám dělat“. Tento postoj pak může velmi ztěžovat samotnou léčbu, neboť léčící analytik může být vnímán jako autoritativní rodič. Na základě pohrdání léčeného pak protipřenosově díky projektivní identifikaci může vznikat velmi autoritativní postoj terapeuta. Dalším možným přenosem je sebeobviňování a žádání trestu od rodičovské figury a následný možný protipřenos sadomasochistického postoje „rodičovského“ terapeuta.

Terapeut jako „voyeur“

Pro terapeuty překračující sexuální hranice ve vztahu s pacientem má tajemství velký význam a může výrazně umocňovat erotický aspekt celé situace. Terapeut může vnímat celou situaci jako velmi zakázanou a incestní perspektiva a překračování společenských tabu danou situaci velmi umocňují. Proto pak léčící terapeut může být vnímán jako dotěrný a nechtěný voyeur. Ten se pak v rámci protipřenosu může chovat velmi zvědavě, nepatřičně dané situaci, vše umocněno fascinací zakázaného sexuálního chování klienta. Rizikem takového přehnaného voyerismu pak může být, že se nenechává vést klientem, ale zaměřuje se výrazně na sexuální historii a detaily daného případu.

9 Závěr

Erotika je srdcem nevědomého fantazijního života a samozřejmě, že erotika, zamilovanost či láska podléhají kulturním a kontextovým variacím a formám projevu, zdá se však přesto, že se tyto pojmy kvalifikují jako všudypřítomná univerzální potřeba a součást každé lidské psychiky, když mohou přinášet tolik potěšení a libých pocitů, ale také mnoho rizik, obav či trápení.

Níže již jednou uvedený citát Freuda (2002) myslím velmi hezky vystihuje problematiku mé práce, tedy sílu a význam zamilovanosti a erotiky pro každého člověka, tedy samozřejmě i pro klienty a terapeuty, ale také jakýsi vědecký či odborný mýtus, že terapeutů s jejich odborností a zkušenostmi, se to až tak netýká, téma příliš v rámci terapie neexistuje čili zamilovanost se terapeutům neděje či by se neměla dít.

Pohlavní láska je bezpochyby jednou z hlavních náplní života a spojení duševního a tělesného uspokojení v milostném požitku je přímo jedním z jeho vrcholů. Všichni lidé až na malý počet přepjatých fanatiků to vědí a zařizují svůj život podle toho, jen ve vědě se zdráháme to přiznat. (str. 234)

Možná právě proto, že mnoho slavných analytiků podlehlo erotickým svodům s pacienty se erotická povaha terapeutické aliance často ignoruje nebo se o ní nemluví. Zatímco se hodně napsalo o lásce mezi pacienty a terapeuty, tedy přenosové lásce, překvapivě málo pozornosti bylo věnováno tomu, jak erotika a láska ovlivňuje protipřenosově samotného terapeuta.

V závěru mé práce bych si proto rád položil několik zásadních otázek a pokusil se na ně odpovědět.

9.1 Co je to vlastně zamilovanost a přenosová, respektive protipřenosová láska a zamilovanost v rámci terapeutického vztahu?

Přenos je pacientova iluze o terapeutovi a jeho osobních vlastnostech, které jsou ve shodě s představami či iluzemi o vlastnostech klíčových osob z pacientova minulého života. Jinými slovy je přenos také zvláštní drama, kde pacient obsazuje psychoanalytika do různých rolí, zatímco k němu přehrává svou minulost „skutečnou i fantaskní“.

Protipřenos v užším slova smyslu je pak přenos analyticky subjektivní reprezentace důležité osoby na pacienta. různými faktory, jako jsou podobnost s pacientem, jeho problémy, nebo osobní zkušenosti terapeuta. **Protipřenos je ale také přenos nevědomého emocionálního stavu pacienta na terapeuta s následnou reakcí terapeuta na tento stav.** Při tomto náhledu na protipřenos je to tedy něco, co v terapeutovi vyvolává klient, je to produktem jeho nevědomí a jedná se tedy o autentické pocity terapeuta, které v něm vyvolal klient. **Jinými slovy se může jednat o společný výtvar, tedy o kombinaci toho, v co terapeuta pacient nutí a toho, co je v terapeutovi přítomno, aby na ten nátlak reagovalo.**

O *zamilovanosti* by se dalo říci, že se jedná o erotickou vášeň či touhu, jež je živena touhou, která hledá „dokončení“ a souvisí s něčím, co jednomu z partnerů chybí a co druhý partner vlastní (nebo alespoň partner má iluzi, že tomu tak u druhého je), tedy jde o idealizaci. Komplexitu celého pojmu *zamilovanost* pak můžeme vidět u K. H. Máchy a J. Seiferta, kdy první mluví o silném až nespílitelném citovém prožitku, který je provázen tragickým osudem a tíhou emocionálních vnitřních konfliktů. A druhý autor pak vidí spíše pozitivnější perspektivu plnou emocí, romantiky a krásy, které předávají intenzitu a hloubku *zamilovanosti*.

V přítomnosti erotického přenosu/protipřenosu v rámci terapeutického vztahu můžeme pak o *zamilovanosti* říci, že pacient se nevědomě snaží naplnit přenosovou fantazii, respektive pacient se neustále snaží proměnit terapeuta (pomocí idealizace) v objekt, který má na mysli, a terapeut se musí stát objektem pacientovy fantazie! A terapeut na základě nevědomého či vědomého přání klienta a na základě svých nevědomých tužeb a přání, pak zažívá obdobné pocity, někdy s náhledem, že se jedná o cit na základě „jakoby“ reality, někdy s postojem, že je to skutečná realita.

Z jistého pohledu se dá na *zamilovanost* v terapeutickém vztahu nahlížet také jako na *incestní vztah*, tedy vztah autority, dospělé osoby (otce či matky) - terapeuta a jejich „dítěte“ klienta. A šlo by tedy o zopakování dětských zakázaných tužeb po idealizované rodičovské figurě.

9.2 Proč se terapeut vůbec zamilovává do klienta?

K této otázce se pokusím popsat hlavní možné vlivy, faktory na straně terapeuta, které podporují vznik protipřenosové lásky a také typické charakteristiky. Z faktorů popíši jak vývojové, tak i další, které mohou mít na terapeuta vliv.

Vývojové faktory

Z pohledu vývoje psychiky můžeme mluvit o několika zdrojích protipřenosové lásky, kdy prvním může být uváděno ponížení, kdy se terapeut skrze lásku může pokoušet reparovat vlastní *ponížení z dětství*, kdy se skrze lásku k pacientovi stává mocným a ovládajícím a pacient pak právě tím poníženým. Dalším zdrojem pak může být *naplnění zakázaných fantazijních incestních představ*, kdy terapeut do klienta promítá vlastní děti a svou velkou láskyplnou péčí o ně nebo naopak do klienta promítá vlastní rodičovské figury a sebe staví do role milujícího dítěte. S tímto tématem se také může pojít touha *překračovat zakázané hranice*.

Situační faktory

Zde bychom jako více náchylné mohli vnímat terapeuty s *osobními vztahovými neuspokojivě vyřešenými tématy*, tedy terapeut, co se právě rozvádí, má neuspokojivý citový či sexuální život. Není schopen mít dlouhodobý uspokojivý a funkční vztah či si vůbec není schopen najít partnera. Takto nespokojený a nenaplněný terapeut může snáze hledat naplnění svých potřeb u klientů.

Výcvik, sebezkušenost a sebereflexe terapeuta

Potíže s rozpoznáním a vhodným řešením erotického přenosu mohou mluvit také o tréninkových nedostatcích v psychodynamické psychoterapii.

Obecně řečeno, špatné zvládnutí „erotického přenosu“ může mít své kořeny v naivním terapeutovi, který není *schopen identifikovat nebo aktivně popírá existenci přenosu a následně protipřenosu*. Navíc si někteří terapeuti s sebou přinášejí zmatečnou teoretickou orientaci, která devaluje nebo popírá koncept přenosu, a místo toho zastávají názor, že emocionální růst pacienta se dosáhne prostřednictvím toho, co by se dalo nazývat „autentickým, skutečným vztahem tady a teď“, tedy „pravou a léčivou láskou“. Další perspektivou, která může hrát roli, je *znalost vlastních „lovemaps – map lásky“*, což se v případě dobrého výcviku a sebezkušenosti podaří terapeutovi objevit a reflektovat, a v tomto pozitivním případě to pak pro terapeuta může být „královská cesta“ k pochopení a přijetí jeho vlastní sexuality a citových přání a tužeb. Pomáhá mu, pokud si je vědom své vlastní mapy lásky a toho, jak s ní jsou kompatibilní mapy lásky ostatních, v dobro analýze protipřenosu. V opačném případě pak může terapeut zažívat zamilování do stejných typů klientů, aniž by daným pocitům dostatečně rozuměl.

Vliv terapeutického procesu

Z pohledu samotného terapeutického procesu můžeme mluvit minimálně o 2 situacích, které mohou evokovat vznik protipřenosové zamilovanosti. Jednak může terapeut vnímat *deficit lásky ve vývoji klienta*, kde se pak může nevědomě snažit tento deficit svou zamilovaností kompenzovat. Druhou situací pak může být proces ukončování terapie, kdy namísto běžného procesu *truchlení*, kterému se terapeut může bránit použije obranu v podobě lásky a případné sexualizace.

9.3 Typická osobnost?

Samozřejmě, že se nabízí otázka, zda existuje „typická“ charakter či osobnost terapeuta, který má větší tendenci se zamilovávat do svého klienta nebo dokonce překračovat hranice terapeutického vztahu. Ač takovýto popis může být hodně schématický nebo až příliš určující, tak z dostupných zdrojů se dají popsat jednak typy osobností, které se častěji zamilovávají, ale bohužel také typy osobností, které mají větší tendenci hranice překročit. Dále se pokouším vysvětlit vliv osobnosti klienta na zamilování terapeuta.

9.3.1 Terapeut zamilovaný

Narcistní typ osobnosti

U obou pohlaví můžeme mluvit osobnostech se silným a nevyřešeným *narcismem*, kde přenosová zamilovanost klienta podporuje vlastní narcismus terapeuta, *jeho vlastní pocit jedinečnosti a neodolatelnosti*. Může tedy docházet k *narcistickému splynutí*, kdy je terapeut plně obdivován klientem a potřeby obou jsou tak naplněny.

Masochistický typ osobnosti

Dále se u terapeutek i terapeutů může jednat o osoby se silnými masochistickými sklony, kde je *nevědomým cílem zachránit klienta svou láskou*. Dalším aspektem je zde míra *sebe destrukтивности*, kdy terapeuti, kde se erotický protipřenos skutečně odehrál pak vykazovali výši

míru destruktivitu, kdy něžnou lásku přenesli do reálného odehrávání s nevědomým důsledkem ohrožit vlastní kariéru.

Specificky pak u těchto terapeutek je častým motivem vzniku zamilovanosti skutečnost, že jejich klienti jsou schopni *překračovat hranice*, po čemž terapeutka sama nevědomě touží jako po něčem zakázaném, co sama nemůže prožívat, ale také ji také může ohrožovat na její kariéře.

9.3.2 Terapeut překračující hranice

U většina analytiků a dalších psychoterapeutů, kteří měli sex s pacienty, se dala identifikovat jedna ze čtyř následujících poruch: psychotické poruchy, predátorská psychopatie a parafilie, nemoc z lásky nebo masochistické vzdání se.

Psychotické poruchy

V případě psychotických poruch se jednalo o terapeuty s bipolární afektivní poruchou, či o poruchy vnímání a myšlení, tedy šlo o terapeuty trpící halucinacemi a bludy.

Predátorská psychopatie

Do této kategorie predátorské řadíme nejen pravé antisociální poruchy osobnosti, ale i těžké narcistické poruchy osobnosti s výraznými antisociálními rysy. Tito praktikující terapeuti jsou obvykle muži a většinou se během svého života projevují dravým sexuálním chováním. Hlavní variantou predátora je hluboce narušený narcistický analytik, který se dostal na vrchol své profese. Jeho velkolepost je podporována a své chování bez hranic začíná racionalizovat jako přijatelné jednoduše proto, kým je. Běžné etické normy se na něj nevztahují. Zcela nelituje svého sexuálního styku s pacienty, protože je přesvědčen, že by mu pacient měl být vděčen a že mu vlastně pomáhá. Tento jev můžeme vidět i mimo psychologickou oblast, například u známých a mocných psychiatrů či sexuologů, kde častěji dochází ke zneužívání pacientek s frigiditou a sexuální akt je zvráceně vykládán za správný léčebný postup.

Ospravedlnění pravou láskou

Dle dostupné literatury se zdá, většina analytiků, kteří se sexuálně zapletou se svými pacienty, spadá do této kategorie. Když je analytik muž, typický scénář je, že praktikující ve středním věku se bláznivě zamiluje do mnohem mladší pacientky. Často se v této situaci

kombinuje neuspokojivá emočně a sexuální životní situace analytika a schopnost zdravého náhledu na realitu a úsudku.

Snížený úsudek zahrnuje ztrátu kvality „jako kdyby“ typickou pro analytikovu běžnou práci s protipřenosem. Jinými slovy, je zde neschopnost odlišit přání protipřenosu od reality situace, takže analytik nedokáže ocenit, že se něco z minulosti opakuje a city k významným osobám z analytikovy minulosti se přesouvají na pacienta. Testování reality pak obnáší sníženou schopnost nahlédnout na dopady svého chování do života pacienta, svého života i samotný dopad na průběh terapie.

Situace je o to komplikovanější, že tito analytici takové chování omlouvali na základě představy, že funguje „pravá láska“. Tento jev je dále podporován i samotným klientem, který se může cítit výjimečně.

Masochističtí terapeuti

Tito terapeuti se opakovaně dostávají do situací, ve kterém se cítí mučení požadavky pacienta. Tento vzorec odráží jejich masochistický vztahový styl. Pravděpodobně nejběžnějším scénářem je mužský analytik, který se nechá zastrašit a ovládat náročným pacientem, který ho nutí k čím dál eskalujícímu porušování hranic jako způsobu, jak zabránit sebevraždě.

Tito analytici mají charakteristické problémy vypořádat se s vlastní agresí. Prosazovat svá vlastní práva nebo stanovovat pacientovi limity je považováno za kruté a sadistické, takže veškerý hněv se obrací dovnitř v podobě sebe porážejícího chování a postojů, jakmile je tento hněv po čase překlopen do nenávisti ke klientovi a následně klientem objeven, pak přicházejí pocity viny a ty mohou vést k tomu, že terapeut přistupuje na pacientovi sexuální požadavky a návrhy.

9.3.3 Vliv klientovy osobnosti

Zde se dá hovořit o protichůdných situacích s ohledem na pohlaví a míru neuroticismu a narcismu.

Chování patientek

Neurotické pacientky v analýze s muži terapeuti mají tendenci vyvinout typické pozitivní oidipské přenosy na přenosovou lásku, tedy oidipské touhy malé dívky po

idealizovaném otci. Naproti tomu ženy s narcistickými osobnostmi v analýze s mužskými analytiky většinou nerozvíjí takovou přenosovou lásku nebo ji rozvinou až na koci léčby v mírných formách. Pacientka zažívá díky narcistickému odporu vůči závislosti v přenosu jakoukoli sexualizovanou touhu vůči analytikovi jako ponižující, při jejímž vytváření cítí se méněcenná.

Chování pacientů

Neurotičtí mužští pacienti v analýze s terapeutkami obvykle vykazují určitý stupeň inhibice přímých projevů přenosová lásky a vyvinou místo toho intenzivní úzkost ze sexuální méněcennosti nebo nedostatečnosti, jde v tomto případě o nevědomý strach malého chlapce, že jeho malý penis nebude schopen uspokojit jeho velkou matku jako součást narcistického rysu ve vztahu k oidipské matce. Oproti tomu narcistický mužští pacienti v analýze s analytičkami často vykazují to, co se zdá být intenzivní přenosovou láskou, ale ve skutečnosti jde o agresivní, sexualizovanou svůdnost odrážející přenosovou obranu vůči pocitu závislosti na idealizované analytičce.

9.4 Jak má terapeut postupovat, když se zamiluje?

U této otázky se nabízí, jak postupovat, pokud se terapeut zamiluje do klienta a také stojí za to podívat se na možné pocity, které mohou v terapeutovi probíhat? Tyto dvě perspektivy se samozřejmě navzájem ovlivňují.

9.4.1 Jaký je správný postup?

Samotný přístup k protipřenosu prošel za posledních 120 let dramatickým vývojem od odmítání a považování za něčeho rušivého. Později a v současnosti se na obecný protipřenos díváme jako na cenný zdroj informací o vnitřním prožitku a pocitech klienta. Tedy je protipřenos považován za zásadní nástroj terapeuta.

U protipřenosové zamilovanosti je to stále trochu citlivější. Možná je to tím, že láska a zamilovanost je velmi silný pocit, mnohem intimnější a také silnější než další pocity, s kterými se v protipřenosu potkáme jako například vztek, soucit, smutek, radost.

Prvotní odborné hlasy, jistě inspirované S. Freudem, že **terapeut má bojovat proti vlastním vnitřním silám, proti svému okolí, které mu zakazuje naplnit vlastní erotické či romantické představy a v neposlední řadě pak proti konkrétní, často vášnivé lásce pacientky.** Tedy postupem by měl být boj a potlačení. Tento názorový proud přetrvává i dnes, kdy je skupina terapeutů, která protipřenosovou zamilovanost považují za psychopatologii a nezvládnutý vlastní výcvik. Můžeme zde slyšet i názory, že v případě, že se terapeut zamilovává, měl by terapii ukončit a předat klienta kolegovi.

Na druhé straně stojí názory, že terapie je o tom, aby terapeut i klient uvízli v silných pocitech uvnitř každého z nich a také mezi sebou. Terapeut by pak měl být schopen tyto pocity reflektovat, porozumět jim a použít dané porozumění pro léčbu. **Tento názorový proud tvrdí, že otevřené zkoumání vlastních erotických pocitů může pomoci pochopit přenos pacienta a také tato otevřenost může pomoci obrannému popření vlastní erotické reakce.** Analytik musí být schopen zkoumat na základě protipřenosu pacientovu přenosovou lásku. Kde se tento „otevřený proud“ proud neshoduje je otázka, zda si terapeutovi pocity, fantazie či touhy mají s pacientem sdílet nebo ne, oba dva názory mají své silné kritiky i obhájce.

Osobně bych řekl bych, že je lepší, aby byl terapeut připraven zažít takové pocity, aby pomohl svému pacientovi, než aby cítil, že má problém, jelikož překročil svůj rámec terapeutického ideálního ega tím, že k pacientovi cítil nějakou lásku a touhu. Podle mého názoru, svoboda analytika zkoumat plně jeho pocity a fantazie vyvolané pacientovým přenosem je základem pro jeho pochopení vlastního protipřenosu, a to by mu mělo umožnit formulovat přenosové interpretace z nevědomých konfliktů pacienta.

Z technického pohledu se při vzniku protipřenosové zamilovanosti může použít jeden z postupů níže:

- Sebereflexe
- Intervize (s kamarádem – odborníkem)
- Supervize (s vlastním supervizorem nebo naopak s někým zcela cizím)

9.4.2 Co terapeut může prožívat?

Když už se terapeut zamiluje, či fantazíruje o svém klientovi, tak kromě těchto pocitů může zažívat i další pocity.

Protipřenos může nabýt sexuální kvality a v tomto případě se vzrušení pocit'ované v protipřenosu může ukázat jako natolik rušivé, že vážně zatěžuje terapeutovu schopnost myslet. Protipřenos často díky neustálým pokusům o svádění a projekci vzrušení nabývá negativní kvality. Pocity hněvu, nepohodlí a bezmoci v reakci na tvrdohlavost a sílu mimo analytických a sexuálních požadavků ze strany pacienta jsou ve skutečnosti zcela běžné. Dále může terapeut zažívat i pocity obav, ze skandalizace, právních důsledku, ztrátu reputace či ohrožení kariéry, vše v případě nařčení klientem ze svůdného chování.

Druhou perspektivou pak může těšení a užívání si láskyplných pocitů, promýšlení fantazií na vztah s klientem, sexuálních fantazií, ale ideálně s udržením si nadhledu a „jakoby“ vnímání situace.

9.5 Proč se o tématu nepíše a nemluví?

Této otázce jsem podrobně věnoval v jedné celé kapitole, ale je fakt, že se jedná o velmi opomíjené téma, v českých odborných kruzích zcela, v zahraničí se zdroje dohledat dají. At už je důvodem ztráta osobní prestiže, osobní obavy z nařčení, obava ze ztráty klientů, pošramocení pověsti oboru a psychoanalýzy zvláště, kontroverze tématu, jiné obavy či něco zcela jiného, jsem přesvědčen, že větší odborná a otevřená diskuze by pomohla samotnému oboru, klientům a v neposlední řadě i práci a prožívání terapeutů.

9.6 Doslov

Co říci skutečné závěrem?

Složitost a zastřenost celého tématu podle mne souvisí s tím, že mluvíme o lásce, zamilovanosti, sexu a fantaziích, což jsou natolik silná, intimní, ale také riskantní témata pro všechny, tedy jak pro klienty, tak samozřejmě i pro terapeuty.

Protipřenosová zamilovanost totiž může být mocný nástroj k léčbě, ale také rizikový stav, kde hrozí jak emoční ztracenost terapeuta, tak překročení hranic mezi klientem a terapeutem.

Nesmíme také zapomínat, že mnoho terapeutů, se tak jako mnoho běžných lidí, bojí pocitu lásky a s tím souvisených možných zranění.

Rozporuplné názory na danou problematiku, rozdílné přístupy, jak o tématu přemýšlet, jak s ním prakticky nakládat, tak možná svědčí i o tom, že každý máme individuální pojetí lásky, tužeb, fantazií a strachu okolo ní, a proto i jednotliví terapeuti k tématu přistupují i ho prožívají rozdílně.

10 Literatura

- Paprštein, T. (2023). *blog/co-je-to-sexualni-zneuzivani/*. Načteno z klubovnanadeje.cz:
<https://www.klubovnanadeje.cz/blog/co-je-to-sexualni-zneuzivani/>
- Blechner, M. J. (2009). Erotic and Antierotic Transference. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(1), pp. 82-92.
- Book, H. (1995). The "Erotic Transference": Some Technical and Countertransferential. *American Journal of Psychotherapy*, 49(4), pp. 504-513. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1995.49.4.504>
- Cipro, M. (2015). *Psychoanalytické koučování*. Grada.
- Coen, S. J. (1996). Love between Therapist and Patient:. *American journal of psychotherapy*, 50(1), pp. 14-27.
- Davies, J. M. (1998). Between the Disclosure and Foreclosure of Erotic transference - countertransference. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(6), pp. 747-766. doi:<https://doi.org/10.1080/10481889809539292>
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigmas. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, pp. 37-47.
- Di Stefana, A. (2017). Erotic transference. *British Journal of Psychotherapy*, 33(4), pp. 505-513. doi:<https://doi.org/10.1111/bjp.12231>
- Field, N. (1999). O tell me the truth about love. In D. Mann, *Erotic Transference and Countertransference*. Routledge.
- Fischer, H. (2004). *Why we love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. Holt Paperbaks.
- Freud, S. (2002). Poznámky o přenosové lásce. V S. Freud, *Spisy z let 1913-1917*. Psychoanalytické nakladatelství.
- Gabbard, G. O. (1991). Psychodynamics of sexual boundary violations. *Psychiatric Annals*, 21, pp. 651-655.
- Gabbard, G. O. (1994a). Commentary on papers by Tansey, Hirsch, and Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, pp. 203-213.
- Gabbard, G. O. (1994b). On love and lust in erotic transference. *Journal of the American Psychanalytical Association*, 42, pp. 385-403.
- Gabbard, G. O. (1994c). Sexual Excitement and Countertransference Love in the Analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(1083-1106).
- Gabbard, G. O. (1995). Transference and countertransference in the psychotherapy of therapist charged with sexual misconduct. *The Journal of Psychotherapy Practice*, 4(1), pp. 10-17.
- Gabbard, G. O., & Lester, E. P. (1995). *Boundaries and boundary violation in psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1970). Feminine Guilt and the Oedipus Complex. In J. Chasseguet-Smirgel, *Female sexuality*. Routledge.

- Kernberg, O. F. (1977). Boundaries and structure in love relations. *Journal of the American Psychanalytical Association*, 25, pp. 81-114.
- Kernberg, O. F. (1994). Love in the analytic setting. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(4), pp. 1137-57.
- Kernberg, O. F. (1999). *Normální a patologická láska*. Portál.
- Kumin, I. (1995). Erotic horror: Desire and resistance in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 11, pp. 3-20.
- Lucká, L. (2008). Nevědomé aspekty zamilování. *Symposium Opočno*.
- Lyons, A. (1993). Husband and wives:mysterious choice. In S. Ruczinsky, *Psychotherapy with Couples*. Karnac Books.
- Mácha, K. H. (2022). *Máj*. 1400.
- Malone, T. (1976). The Christian sacred tradition and psychotherapy. In J. Needleman, & D. Lewis, *On the way to self knowledge*. Knopf.
- Mann, D. (1999). Oedipus and the unconscious erotic countertransference. In D. Mann, *Erotic Transference and Countertransference*. Routledge.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Portál.
- Mikota, V. (2015). Přenos, protipřenos, odehrání - příklady z klinické praxe. *Revue Psychoanalytické terapie*, 10(2), stránky 62-72.
- Money, J. (1986). *Lovemaps*. Irvington.
- Morin, J. (1995). *The Erotic Mind*. HarperCollins.
- Person, E. (2003). How to work through erotic transference. *Psychiatric Times*, p. 29.
- Renik, O. (1993). Counter-transference enactment and the psychoanalytic process. *Psychic structure and psychic change, Essays in honor*, 135-158.
- Robinson, K. (2013). Hravý Oidipus. *Revue psychoanalytická terapie*, 15(2), stránky 67-79.
- Searles, H. (1965). Oedipal love in the countertransference. *Collected Papers on Schizophrenia*, 56-68.
- Seifert, J. (1955). *Ty, láska, pozdravena bud!* Mladá Fronta.
- Thoma, H., & Kachele, H. (1993). *Psychoanalytická praxe*. Mach.
- Titl, S. (2014). *Psychoanalytická párová terapie*. Portál.
- Trochová, M. (22. 5 2019). *sedm-slov-pro-lasku-a-kazde-znamena-neco-jineho-znate-je*. Načteno z prozeny.cz: <https://www.prozeny.cz/clanek/sedm-slov-pro-lasku-a-kazde-znamena-neco-jineho-znate-je-56020>
- Wrye, H. K., & Welles, J. K. (2016). *The Narration of Desire: Erotic Transferences and Countertransferences*. Routledge.

11 Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora: Ing. Josef Brož

Studijní program: Psychologie

Název práce: Zachycení a hlubší popsání tématu protipřenosové zamilovanosti
v terapeutickém vztahu

Vedoucí práce: PhDr. Martin Cipro, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2023

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 3 611

Ostatní text: 103 802

Celkový počet znaků: 107 413

Počet pramenů a literatury: 40

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: Bakalářská práce_Brož_2023

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Bakalářská práce_Brož_2023

Další soubory: --

Posudek vedoucího/oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Ing. Josef Brož

Obor studia: psychologie

Název práce: Zachycení a hlubší popsání tématu protipřenosové zamilovanosti v terapeutickém vztahu

Vedoucí práce: PhDr. Martin Cipro, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 55

Počet stránek příloh: 1

Počet titulů v seznamu literatury: 40

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová přílehlavost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
	1			
	1			

Formální zpracování

Jazykové vyjádření

(respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování

(jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
		2		
	1			

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

		2		
		2		
	1			

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

	1			
		2		
		2		
	1			
	1			

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakým způsobem lze získávat relevantní data ohledně překračování profesionálních hranic ze strany psychoterapeuta? Je vůbec možná kvantifikace dat při výzkumu daného jevu? Může iniciovat erotický přenos terapeut svým chováním? A jakým způsobem? Může mít klient nějaký užitek z realizování sexuálního kontaktu se svým psychoterapeutem?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

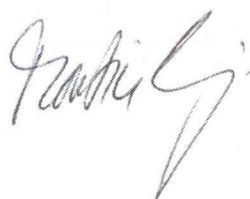
Pan kolega Brož naplnil cíl své práce: velmi přehledně a zevrubně definoval pojem protipřenosové zamilovanosti terapeuta směrem ke klientovi. Rozsah práce je spíše větší a jistě by bylo možné dále dohledávat další zdroje v zahraniční literatuře, i neanglické. Práce je dobře strukturovaná a přehledná, pojmy jsou srozumitelné. V kap. 9.4.1. kolega nabízí i jakési řešení problému včetně svého vlastního postoje i zkušenosti z terapeutického vztahu. Bylo by jistě zajímavé zkoumat i erotické přenosové fenomény u stejnopohlavních dvojic, které v práci nejsou příliš zmiňovány. Většinou se popisuje jen vztah dominantní otcovské figury, která tenduje k mocenskému zneužívání submisivní pozice mladší klientky, nejčastěji histrionsky či narcisticky strukturované. Celkově hodnotím práci jako velmi zdařilou.

Doporučení k obhajobě:

doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 30.8.2023



022	PhDr. Martin CIPRO, Ph.D.
0000	klinická psychologie psychoterapie
6974	Myslíkova 30, 120 00 Praha 2 Tel.: 251 560 205, 604 418 523

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborné; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

**Posudek oponentky bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Ing. Josef Brož**

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Zachycení a hlubší popsání tématu protipřenosové zamilovanosti
v terapeutickém vztahu**

Oponent práce: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

Technické parametry práce:

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 3 611

Ostatní text: 103 802

Celkový počet znaků: 107 413

Počet pramenů a literatury: 40

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		X		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X	X	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X	X	
--	--	---	---	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

X				
---	--	--	--	--

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

		X	X	
--	--	---	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Napadá autora, jak by mohl designovat empirickou výzkumnou studii týkající se daného tématu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Téma bakalářské práce považuji za velice zajímavé, práci jsem přečetla se zájmem a uvítala jsem uvedení mnoha zajímavých konceptů a podnětných myšlenek autora. Při čtení textu jsem měla dojem, že se autor snažil o poctivý a pečlivý nástin tématu, nad nímž se pokoušel přemýšlet do hloubky. K textu práce mám nicméně několik výhrad, přála bych si, aby bylo možné je brát spíše jako poukaz na to, čemu by bylo vhodné se při realizaci další podobné práce vyvarovat.

Podstatnější výhrady: Postrádám důkladnější argumentaci volby pramenů – proč se zabývat právě psychoanalýzou (krom toho, že na psychoanalytickém „poli“ najdeme značné množství zdrojů). Podobně bych uvítala důkladnější odůvodnění toho, proč je v textu práce řešen primárně vztah terapeut – klientka a méně prostoru je věnováno vztahům terapeutka-klient/ka, a nejrůznějším dalším modalitám.

Postrádám popis metody teoretického výzkumu – jaké metody byly použity a proč (např. ne/systematické review, přehledová studie, metaanalýza dat – atp., možností je mnoho...). Není mi jasné, jakým způsobem dospěl autor k závěrům práce (to neznámá, že s nimi nesouhlasím). V anotaci a úvodu by bylo vhodné práci jasně pojmenovat jako teoretickou a popsat strukturu a metody. Zcela postrádám diskusi.

Hůře jsem se orientovala ve struktuře práce, nerozumím tomu, proč jsou některá témata v textu opakována (např. 5.2... jaký je rozdíl mezi subkapitolou 4.2 a 5.1.1?), opakování nalezneme opět v závěru. Doporučila bych (můj zcela subjektivní pohled) – text zkrátit, témata sloučit a ne opakovat na různých místech a komparovat zdroje informací - v textu práce jsou citovány nejrůznější koncepty, ale postrádám kritickou reflexi či shrnutí nebo komparaci autorem práce (což by u teoretické práce měl být hlavní cíl).

Nerozumím zcela způsobu citování – neumím odlišit, kdy jde o druhotné citace a kdy o pohled autora – zdroj je často ocitován na počátku odstavce a pak už dále není jasné, kdy citace končí. Delší pasáže jsou též mnohdy citovány z jednoho zdroje, to by se stávat nemělo. Na druhou stranu – z textu mám dojem, že autor vybraná díla skutečně četl a porozuměl jim, což se u psaní bakalářských prací mnohdy bohužel neděje.

Méně podstatné výhrady:

Formátování textu a jeho členění – abstrakt, obsah a úvod se zpravidla nečísly, počet kapitol je zbytečně velký. Jazyk práce je vcelku kultivovaný, nicméně by si text zasloužil důkladnější stylistickou revizi - mnoho vět je kostrbatých, vyskytují se chybně používané čárky, předložky („dopady do terapie“ – spíše na terapii atp.), opakování slov, překlady, hovorové výrazy („jsme jsem pojmul“ atp.), místy i i/y.

Nepovažuji za nutné (opět subjektivní pohled na věc) uvádět definice pojmů na počátku textu, u teoretické práce bych uvítala možnost seznámit se z výchozím pohledem na pojednávané jevy přímo v textu práce, navíc ideálně i v rámci srovnání různých pohledů.

Velmi oceňuji, že je v textu nastíněna i perspektiva pohledu na lásku skrze texty krásné literatury, kladu si však otázku po tom, zda by nestálo za to poohlédnout s ei jinde, než u Vrchlického a Máchy – popřípadě zda by nestálo za to díla těchto autorů důkladněji kontextualizovat a zamyslet se do větší hloubky např. i nad tématem mýtu romantické lásky (což je, mimo jiné, zajímavá kniha, doporučuji). Zde by též bylo možné poukázat na bohaté zdroje k tématu z oblasti filmu či televizní tvorby (např. In Treatment atp.).

I přes uvedené výhrady se považuji práci za zajímavou, doporučuji ji k obhajobě, autorovi přeji mnoho zdaru a předem se omlouvám za svou nepřítomnost v komisi.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**
Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis: 15.9. 2023

