Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

FENOMÉN PLÁČE TERAPEUTA V PROCESU PSYCHOTERAPIE

(*The Phenomenon of Therapist´s Crying in the Process of Psychotherapy*)

Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Kozáková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Olomouc

2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Fenomén pláče terapeuta v procesu psychoterapie*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 10. března 2018 Podpis .....

Poděkování

Ráda bych poděkovala…

… PhDr. ***Markovi Kolaříkovi****, Ph.D. za podporu při psaní práce, podnětné komentáře a neutuchající optimismus…*

…Amy C. ***Blume-Marcovici*** *za inspirativní výzkum, který mne přivedl k tématu a za svolení k použití dotazníku TCIT…*

…Mgr. ***Věře Bukovské****, Mgr.* ***Alici Mlynářové*** *a Mgr.* ***Dušanovi Hlavatému*** *za pomoc s překladem dotazníku…*

…Mgr. ***Tomášovi Dominikovi*** *za statistické konzultace…*

*…****všem terapeutům*** *za ochotu sdílet své myšlenky a zkušenosti…*

…své ***rodině*** *a* ***přátelům*** *za to, že tu jsou…*

Děkuji

Obsah

Úvod 5

1 Stručně o psychoterapii 7

2 Pláč u dospělých 11

2.1 O pláči obecně 11

2.2 Pláč zdravotníků 17

2.3 Pláč klientů v psychoterapii 17

3 Sebeodhalení terapeuta v psychoterapii (a jak souvisí s pláčem) 20

4 Pláč terapeuta v psychoterapii 25

4.1 Doposud realizované zahraniční výzkumy 25

4.2 Pláč terapeutů v českém prostředí 36

4.3 Co tedy doposud „(ne)víme“ o slzách terapeutů při práci s klienty? 37

4.4 Doporučení pro praxi 39

5 Vymezení výzkumného problému 42

6 Využité výzkumné metody a způsoby zpracování dat 44

7 Charakteristiky zkoumané populace a výběrového souboru 50

8 Etické stránky výzkumu 54

9 Výsledky 55

10 Diskuze 72

11 Závěry 82

Souhrn 84

Seznam použitých zdrojů a literatury 87

Přílohy magisterské diplomové práce

Příloha 1: Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha 2: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 3: TCIT 1 a 2 v českém překladu

Příloha 4: Seznam tabulek, grafů, obrázků a schémat

Úvod

„*Svět slz je tak záhadný*.“

Antoine de Saint-Exupéry

K myšlence blíže se zaměřit na emoce, které může terapeut prožívat při práci s klientem (a které se mohou projevit i pláčem) přivedla autorku této magisterské diplomové práce studie Amy C. Blume-Marcovici (2012), kterou realizovala v rámci své dizertační práce a která nesla název „*Tracking our tears: An empirical investigation of therapist crying in therapy*“. Autorka prezentované magisterské diplomové práce se sama, ač ne přímo v roli terapeuta, několikrát setkala s tím, že v ní příběhy klientů vyvolávaly silné emoce, od kterých k slzám v očích není daleko. Nejednou ji to vedlo k přemýšlení nad otázkami jako: „*Mají to ostatní podobně*?“, „*Je to v pořádku*?“, „*Jak s tím zacházet*?“ apod.

Tuto magisterskou diplomovou práci vnímáme pouze jako krátkou exkurzi do pro nás záhadného světa slz a za cíl si klademe deskripci fenoménu pláče terapeuta v procesu psychoterapie. Zaměřovat se budeme na názory terapeutů na pláč terapeuta při práci s klientem a na jejich osobní zkušenosti s ním. Jedná se o téma, které dosud v českém prostředí nebylo zkoumáno, alespoň pokud je nám známo, a na sklonku roku 2015, kdy se autorka této diplomové práce pláčem terapeuta poprvé začala zabývat, neexistovalo ani mnoho zahraničních výzkumů. Nesmírně nás těší, že od té doby se ve světě objevilo několik nových kvalitativních či kvantitativních studií a že se tedy zdá, že tématu začíná být postupně věnována větší pozornost.

Věříme, že tato diplomová práce bude přinejmenším zajímavým počtením pro současné a budoucí terapeuty a že je povede k zamyšlení se nad jejich osobním vztahem k pláči a zkušenostmi s pláčem v roli terapeuta. Pro některé terapeuty mohou být vlastní slzy přirozenou součástí jejich práce a tito se mohou ptát, zda má smysl něco takového zkoumat. Mohou ale být i tací, které první zkušenost s vlastními slzami může zaskočit, a v takovou chvíli je dobré vědět, že se nejedná o nic neobvyklého. Přáli bychom si, aby tato práce byla také inspirací pro jiné výzkumníky, neboť se domníváme, že toto téma má potenciál pro další zkoumání. Kromě toho jsme toho názoru, že by stálo za to zkoumat pláč v českém prostředí i v mnoha jiných kontextech, než je pláč v roli terapeuta.

Teoretická část

1 Stručně o psychoterapii

Etymologický **původ slova** „*psychoterapie*“ bychom nalezli v řečtině. Vzniklo spojením slov „*psýché*“, neboli motýl či duše a „*therapón*“, čili služebník, průvodce a opatrovník bohů. „*Therapeuó*“ pak znamená sloužit, pečovat o někoho či léčit (Vymětal, 2004).

Začněme poměrně propracovanou známou **definicí** Prochasky a Norcrosse (1999, 16), která zní: „*Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí*“. Baštecká et al. (2003) odlišují (a) psychoterapii podpůrnou, jejímž cílem může být podpora sama o sobě (rovněž termín doprovázení), anebo také vytvoření vhodného zázemí pro další práci s klientem, od (b) psychoterapie cílené, kterou chápou jako psychoterapii ve vlastním slova smyslu definovanou psychoterapeutickým vztahem a typem cíle. Kratochvíl (1998) v rámci snahy o vymezení psychoterapie rozlišuje za (a) psychoterapii jako léčebnou činnost, záměrné a plánovité upravování narušené činnosti organismu psychologickými prostředky a napomáhání harmonickému rozvoji osobnosti, a za (b) psychoterapii jako empirickou a aplikovanou vědní disciplínu interdisciplinární povahy. Vymětal (2004) kromě interdisciplinární povahy psychoterapie jakožto vědního oboru zdůrazňuje rovněž její transdisciplinaritu, neboť psychoterapie nachází uplatnění napříč lékařskými i nelékařskými obory (jako jsou psychologie, speciální pedagogika, sociální práce aj.). Také Langmeier, Balcar a Špitz (2000) rozlišují dvě pojetí psychoterapie. Prvním z nich je přístup objektivizující, „přírodovědný“, který definuje psychoterapii jako konkrétně vymezenou činnost, druh léčby (viz Kratochvíl bod (a)). Druhý přístup autoři nazývají subjektivizující, „antropologický“, který psychoterapii vnímá jako setkání dvou lidských bytostí a klade tedy důraz na psychoterapeutický vztah.

Langmeier et al. (2000) vymezují za obecný **cíl psychoterapie** „obnovu zdraví“, kterou chápou jako dosažení určité „funkční normy“ jedince v těchto oblastech: správné poznávání a hodnocení skutečnosti, citová vyrovnanost, výkonnost odpovídající skutečným možnostem a společenská přizpůsobivost. Kratochvíl (1998) formuloval dvojí pojetí cílů psychoterapie, a to za (a) odstranění chorobných příznaků a za (b) reedukaci, resocializaci, reorganizaci, restrukturaci, rozvoj či integraci klientovy osobnosti.

Psychoterapie může mít **různé formy**, lišící se například časovým rozvržením, prostředím psychoterapie, jejím institucionálním začleněním apod. Zde zmiňme konkrétně pouze formy psychoterapie dle počtu klientů, kteří se jí účastní a jejich vzájemných vztahů. Dle tohoto kritéria lze rozlišit psychoterapii individuální, kde je v popředí psychoterapeutický vztah jednoho klienta a terapeuta; psychoterapii hromadnou, prováděnou s více klienty zároveň; psychoterapii skupinovou, která rovněž probíhá s více klienty současně, a navíc těží ze skupinové dynamiky a vzniklých vztahů mezi členy skupiny; psychoterapii rodinnou (případně partnerskou), zaměřenou na vztahy a interakce mezi členy rodiny (popř. páru); a terapeutickou komunitu, která obohacuje předchozí zmíněné druhy psychoterapie o novou kvalitu v podobě zařazení do skutečného života klientů v prostředí léčebného zařízení (Langmeier et al., 2000).

V rámci současné psychoterapie nalezneme **množství rozličných přístupů**, které bývají kategorizovány různým způsobem. Přidržíme se zde dělení Vybírala a Roubala (2010), kteří rozlišují čtyři dominantní paradigmata uvažování v psychoterapii, které jsou od sebe i v současnosti odlišitelné, ale jsou otevřené i vůči jiným vlivům a vůči sobě navzájem. Popisují tyto:

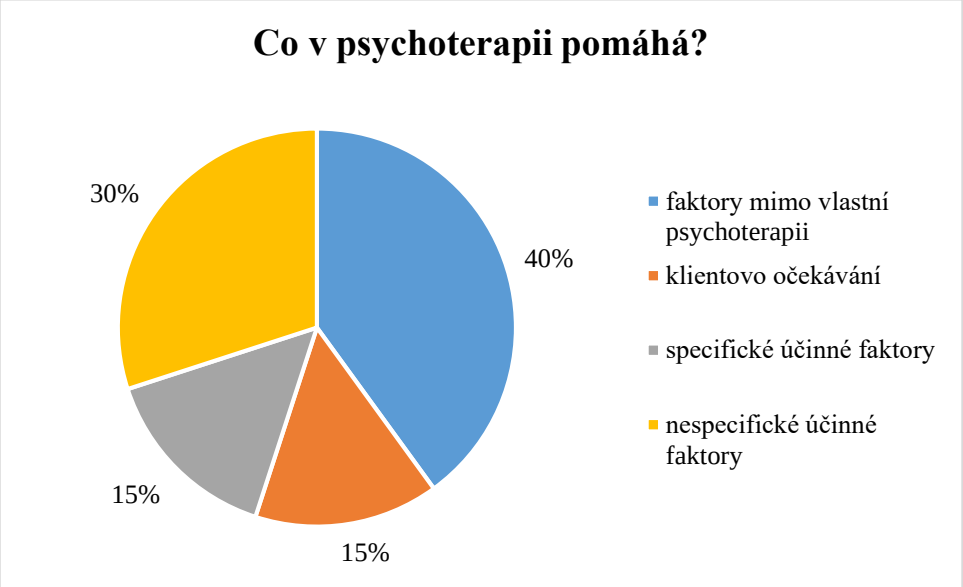
1. Proud analyticko-psychodynamický, kam řadí psychoanalýzu, psychodynamickou psychoterapii, individuální psychologii, analytickou psychoterapii, katatymně imaginativní psychoterapii a transakční analýzu;
2. Proud kognitivně-behaviorální;
3. Humanistický-prožitkový proud, do kterého počítají na osobu zaměřený přístup, gestalt terapii a existenciální psychoterapii;
4. Proud systemický.

Mimo tyto proudy psychoterapie je vhodné zmínit i **eklektický** a **integrativní přístup**, které, spíše než další konkrétní směry, reprezentují snahu, aby se terapeuti seznamovali s více směry psychoterapie a při své praxi pak využívali jejich jednotlivé prvky dle potřeb konkrétního klienta a fáze psychoterapie, a také aby byli schopni těžit ze společných účinných faktorů všech směrů (Kratochvíl, 1998).

Lambert a Barley (2001) popisují **čtyři oblasti účinných faktorů**, které mají vliv na klientovo zlepšení v průběhu psychoterapie. Jsou jimi (a) faktory mimo vlastní psychoterapii (např. spontánní remise, osobnost klienta, náhodné události, sociální opora), (b) klientovo očekávání, (c) specifické účinné faktory (konkrétní psychoterapeutické

techniky) a (d) nespecifické účinné faktory (především psychoterapeutický vztah). Význam jednotlivých okruhů faktorů zobrazuje následující graf.

Graf č. 1: Co v psychoterapii pomáhá? (dle Lambert & Barley, 2001)



Nespecifické účinné faktory v psychoterapii jsou faktory, které se ukazují jako společné v rámci různých psychoterapeutických směrů. Kratochvíl (1998) mezi ně řadí vztah mezi klientem a terapeutem, výklad poruchy, emoční uvolnění, konfrontaci s vlastními problémy a posílení žádoucího chování. Ze **specifických (alternativních) účinných faktorů**, které jsou v rámci různých psychoterapeutických přístupů využívány rozdílnou měrou, zmiňuje protipodmiňování, vyhasínání, kognitivní učení, odměnu a trest, přenos a generalizaci, sociální učení, persuazi, empatii, vřelost a konfrontaci s problémem.

Stále aktuální je v České republice otázka toho, **co je a co není psychoterapie a kdo je a kdo není (psycho)terapeut**. Třecí plochy vznikají v tom, zda je psychoterapie výhradně záležitostí zdravotnictví, nebo zda je oborem nezávislým, nadresortním (Vybíral, 2013). Dle Štrasburské deklarace psychoterapie z roku 1990 (EAP, 1990, 1) je psychoterapie „*nezávislou vědní disciplínou, jejíž vykonávání představuje nezávislé a svobodné povolání*“. Dále se zde uvádí, že pro poskytování psychoterapie je třeba úplný psychoterapeutický výcvik zahrnující část sebezkušenostní, teoretickou a supervizní, a že do takového výcviku mohou vstoupit lidé s různým vzděláním. Legislativně psychoterapie jako obor v České republice upravena není (Langmeier et al., 2000). Částečně vymezeno je její poskytování **v rezortu zdravotnictví**, kde *vyhláška č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*, mluví o tzv. „systematické psychoterapii“ jakožto

zdravotnickém výkonu, který může být hrazen zdravotní pojišťovnou. Ruku v ruce s tím jdou požadavky na vzdělání osob, které tento výkon provádí. Systematickou psychoterapii může vykonávat pouze lékař nebo klinický psycholog, který naplnil dané kvalifikační požadavky. Kromě psychoterapie systematické stejná vyhláška zmiňuje taktéž psychoterapii emergentní, poskytovanou při neodkladných stavech, a psychoterapii podpůrnou. Psychoterapie je ovšem v praxi samozřejmě poskytována i **mimo oblast zdravotnictví**, a to například v pedagogicko-psychologických poradnách, v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, ve speciálních diagnostických a výchovných zařízeních pro děti a mládež apod. Mimo zdravotnictví jednotná pravidla poskytování psychoterapie ani kvalifikační požadavky neexistují. Jednotlivé instituce buď stanovují vlastní ustanovení, nebo se řídí pouze místními zvyklostmi (Langmeier et al., 2000). V této diplomové práci se přidržujeme širšího pojetí psychoterapie, které je v souladu se Štrasburskou deklarací psychoterapie, tedy psychoterapie jakožto nezávislé disciplíny, jejíž výkon neomezujeme pouze na oblast zdravotnictví. S tím, v jakém kontextu je psychoterapie poskytována, souvisí také, jakým způsobem mluvíme o příjemci psychoterapie. Zdravotnictví častěji operuje s označením „*pacient*“, zatímco v jiných oblastech se pracuje spíše s termínem „*klient*“. V rámci této diplomové práce budeme používat označení „*klient*“, neboť to koresponduje s naším širším chápáním psychoterapie. Termín „*pacient*“ budeme užívat pouze tam, kde se budeme pohybovat ve zdravotnictví, ale mimo kontext psychoterapie (viz podkapitola „Pláč zdravotníků“).

2 Pláč u dospělých

„A tehdy se to stalo. Do očí mně vstoupily slzy a zmocnila se mne nepopsaná radost. Viděl jsem náhle vlastní ničemnost i ubohost i slávu, krásu a velikost světa. Nevyslovitelný pocit.“

Miroslav Nevrlý

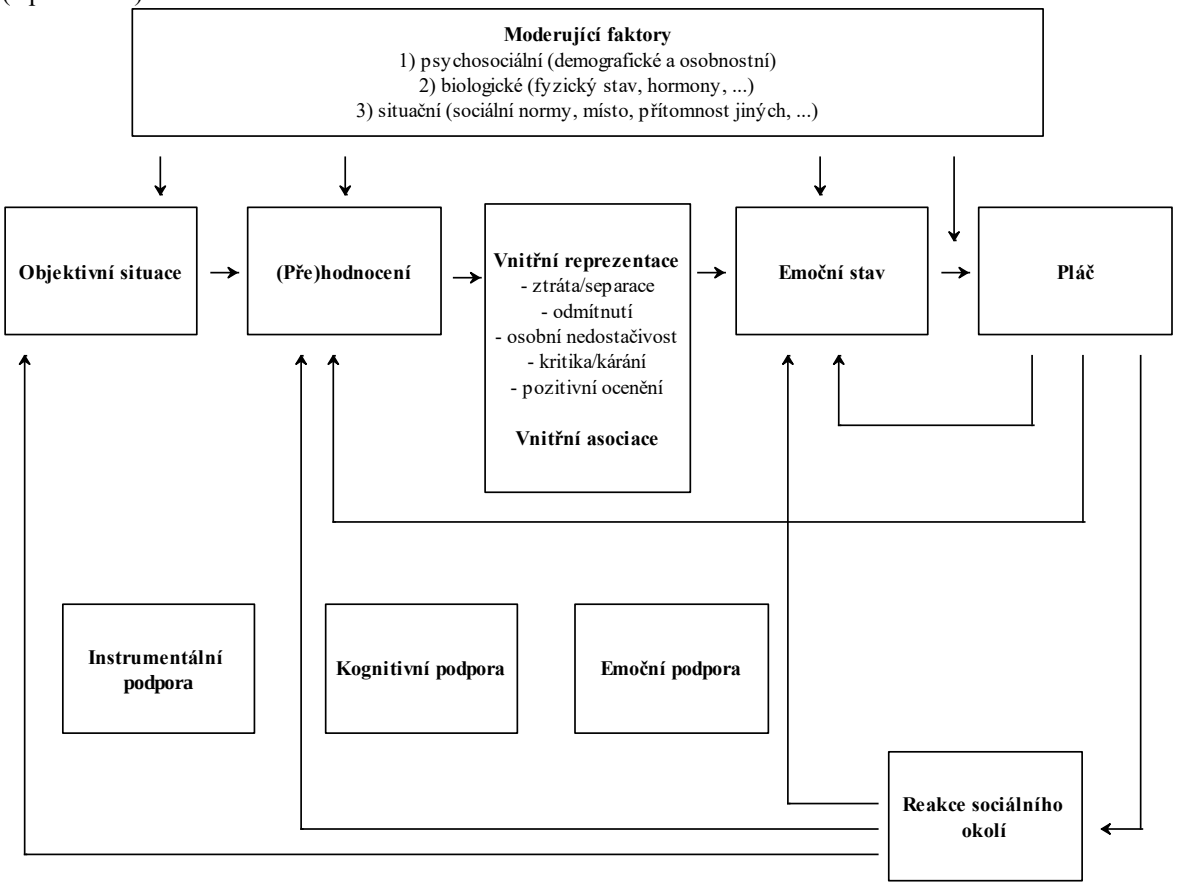
Bohatství českého jazyka nám přináší pláč v mnoha variantách. Například můžeme plakat, poplakat si, slzet, brečet, naříkat, bulet (bulit), řvát, ječet, bečet, vzlykat, štkát, kňourat, lkát, fňukat, natahovat, otřásat nebo zalykat se pláčem. Pláč může být usedavý, srdceryvný, žalostný, hořký, očistný… Slzy nám mohou stékat, kanout, řinout se, drát se nám do očí, můžeme je cedit, polykat, utápět se v nich, mít oči zalité slzami, něco nám může vehnat slzy do očí, … Můžeme ronit slzy jako hrachy, potoky, řeky, vodopády i moře slz, … Český jazyk má v souvislosti s pláčem i některé eufemismy jako být naměkko, rozcitlivělí, přecitlivělí, jihnout, být dojatí k slzám, mít skelné oči apod. Existuje rovněž množství specifických krásných slovních spojení a přirovnání obsahujících pláč a slzy jako například slzavé údolí, ronit krokodýlí slzy, bulet jako želva, mít oči pro pláč, natahovat moldánky, být „bulíček“, „uplakánek“, „uřvánek“, plačka, mít na krajíčku a mnohá jiná.

V této kapitole se nejprve budeme věnovat tématu pláče obecně a dále se zaměříme na pláč zdravotníků a pláč klientů v psychoterapii.

2.1 O pláči obecně

Pláč je univerzální, jedinečný a typicky lidský způsob vyjadřování emocí. Provází nás celým životem, od narození až do smrti (Vingerhoets, Bylsma, & Rottenberg, 2009). V průběhu zrání jedince dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám pláče. Pláč dospělého se tak od pláče dítěte liší například sníženou frekvencí, větší kognitivní komplexností spouštěčů, zvýšením selektivity publika či potlačováním pláče na veřejnosti (Zeifman, 2001). Dále se v této kapitole budeme zaměřovat pouze na pláč u dospělých jedinců. Existuje množství různých **teorií pláče** – teorie etologické, antropologické, psychologické, psychoanalytické, psychofyziologické či biochemické (Vingerhoets et al., 2009), jejichž rozebírání by bylo nad rámec této diplomové práce. **Obecný model pláče** u dospělých jedinců, dle něhož do hry vstupuje interakce jedincových psychosociálních (pohlaví, věk, osobnost, …), biologických (fyzický stav, hormony, …) a situačních (sociální normy, přítomnost druhých, …) faktorů, představili Vingerhoets, Cornelius, van Heck a Becht (2000) a zobrazuje ho následující schéma.

Schéma č. 1: Obecný model pláče, převzato dle Vingerhoetse et al. (2000), z Vingerhoets a Cornelius (2001) (a přeloženo)



Tyto faktory spolurozhodují o tom, zda člověk bude vystaven určitému podnětu (situaci), podílí se na procesech hodnocení tohoto podnětu, ovlivňují následný emoční stav jedince i to, zda ve výsledku vyvolá u konkrétního jedince reakci pláče. Fyziologicky je samotná reakce pláče kontrolována parasympatickým nervovým systémem. Při setkání s konkrétním spouštěčem pak jedinec na základě výše uvedených faktorů daný spouštěč hodnotí (např. jako ohrožující, příliš náročný na to, aby se s ním vyrovnal apod.) a vyvolává to v něm určitý emoční stav, jehož následkem může být i pláč. Ten může vyvolávat jak pozitivní, tak negativní reakce druhých, což může přímo ovlivnit jedincův emoční stav či vést k objektivní změně spouštěče, anebo k přehodnocení jeho významu (Vingerhoets et al., 2000).

Pláč může být doprovázen slzami, ale rovněž dalšími **tělesnými projevy**, jako jsou „knedlík v krku“, změny dýchání a napětí ve svalech (Vingerhoets, van Geleuken, van Tilburg, & van Heck, 1997), a **zvukovými projevy**, například šeptáním, popotahováním, roztřeseným hlasem či hlasem s vyšší polohou, vzlykáním, tichem apod. (Hepburn, 2004). Pláč tedy může zahrnovat různé projevy (vizuální, akustické) a každý si pod pláčem můžeme představit něco trochu jiného. Pro účely výzkumů je ale nutné držet

se jasné **definice**. V dotazníku ACI (Adult Crying Inventory), který je využíván v mnoha studiích pláče u dospělých jedinců (např. Blume-Marcovici, Stolberg, & Khademi, 2013; Capps, Fiori, Mullin, & Hilsenroth, 2013; Pendleton, 2015; aj.), je pláč definován jako „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“ (Vingerhoets & Becht, 1996, in Vingerhoets & Cornelius, 2001, 303). Výskyt akustických projevů, jako jsou vzlykání a popotahování, není tedy pro naplnění této definice pláče nutný. Spojením „*z emocionálních důvodů*“ je oddělováno toto chápání pláče od případů, kdy jsou slzy vyvolány podrážděním oka.

V rámci zkoumání pláče lze rozlišit dvě charakteristiky a to „*frekvenci pláče*“ („***crying frequency***“) a „*sklon k pláči*“ („***crying proneness***“). „*Frekvence pláče*“ bývá výzkumně definována jako „*skutečný počet epizod pláče za určitou časovou jednotku*“, „*sklon k pláči*“ je pak vymezován jako „*pravděpodobnost, že jedinec bude plakat v konkrétních (hypotetických) situacích*“ (Vingerhoets et al., 2000, 370).

Spouštěče slz mohou být vnější (situace, události, …) či vnitřní (myšlenky, vzpomínky, …), přičemž tyto podněty se povětšinou týkají buď sociálních situací, nebo vlastního zhodnocení fungování jedince. Při zkoumání nejčastějších spouštěčů slz je důležité rozlišit výše uvedené charakteristiky pláče a všímat si, na kterou se vlastně daná výzkumná studie zaměřovala (Vingerhoets et al., 2000). Je zřejmé, že dostaneme o něco jiný obrázek, ptáme-li se lidí na to, zda by pravděpodobně plakali v určitých situacích („*crying proneness*“) nebo na to, v jaké situaci naposledy plakali či jak často v konkrétní situaci plakali například za poslední čtyři týdny („*crying frequency*“). V prvním případě většina lidí uvádí jako nejčastější příčinu vlastního pláče smrt blízkého, rozchod či sledování smutného filmu a z pozitivních událostí pak svatby, poslech hudby či znovushledání (Williams & Morris, 1996). Pokud se zaměříme na druhý případ, jsou nejčastějšími situacemi vyvolávajícími pláč separace (30 %), odmítnutí (22 %; včetně osamění), vnímaná vlastní neschopnost (15 %) a bolest či zranění (11 %; zejména ve smyslu přihlížení bolesti fyzické u druhých či psychické bolesti daného jedince). Méně často jsou pak uváděny pozitivní události (7 %) a kritika (7 %) (Vingerhoets et al., 1997). Tento rozpor tkví pravděpodobně z části v tom, že k některým životním událostem, jakými jsou například smrt blízkého či svatba, nedochází každý den (Vingerhoets et al., 2000). Zajímavé na pláči je, že emoce, které doprovází, jsou kvalitativně velmi odlišné, někdy až protikladné. Mezi nejčastější **emoce provázející pláč** patří smutek, bezmoc, radost, vztek, frustrace, strach či ponížení. Často se jedná o směs až šesti různých emocí (Vingerhoets et al., 1997).

Někteří autoři se pokoušeli o rozlišení různých **druhů pláče**. Například Soares (2003, 38) vymezuje „*slzy smutku*“ a „*slzy radosti*“ a navíc mluví o tzv. „*krokodýlích slzách*“, které definuje jako „*slzy, které nejsou upřímně prožívané*“. Williams a Morris (1996) na základě výzkumu u dospělých jedinců rozlišili dva druhy pláče. První z nich je charakteristický dlouhým trváním a vyšší intenzitou. Takový pláč je těžké zastavit a jedinec je soustředěn na samotný akt pláče. Je spojován především s významnými negativními událostmi či emocemi. Druhý typ je lépe kontrolovatelný, může být poměrně rozmanitý svým charakterem a člověk při něm zůstává koncentrován na danou situaci či aktivitu (např. při sledování filmu). Tento typ se vyskytuje častěji. Vingerhoets (2013) rozlišil čtyři typy slz, a to slzy vztahové vazby („*attachment tears*“), slzy společenské („*societal tears*“), sentimentální/morální slzy („*sentimental/moral tears*“) a slzy soucitu („*compassionate tears*“). Denckla, Fiori a Vingerhoets (2014) tyto čtyři typy výzkumně ověřili a popsali následujícím způsobem. Slzy vztahové vazby vznikají v souvislosti se změnou v emočních vazbách s druhými lidmi (např. úmrtí, narození, svatba, loučení a znovushledání, …). Společenské slzy reprezentují slzy v rámci společenských interakcí (např. konflikt při práci ve skupině). Sentimentální slzy souvisí s morálními či lidskými zkušenostmi, reprezentovanými převážně pozitivními výměnami (např. zážitek vítězství, prožitek velkého štěstí, poskytnutí pomoci při realizaci plánů, …). Slzy soucitu jsou reakcí na setkání s bolestí či negativním prožíváním druhých (např. s pocity osamělosti nebo bezmoci druhého, …). Vingerhoets (2013) navíc mluví o slzách fyzické bolesti („*physical pain tears*“), které jsou ale typické spíše pro období dětství a v dospělosti jejich výskyt klesá. Procházka, Šmahaj, Kolařík a Lečbych (2014) popsali pět druhů pláče klientů, které lze pozorovat při poradenské práci. První z nich je „*pláč úvodní (iniciační)*“, k němuž dochází velmi často v průběhu prvního sezení a který je přirozenou reakcí na leckdy první „veřejnou“ konfrontaci s vlastními pocity a problémy. Dalším typem je „*pláč při náročných tématech (konfrontační pláč)*“, který se objevuje po delší době vzájemné spolupráce a je projevem vysoké úrovně důvěry klienta k poradci. Jeho funkcí je abreakce mnohdy dlouho potlačovaných emocí. V rámci poradenské práce se může objevovat opakovaně a obvykle spontánně ustupuje. „*Beznadějný pláč*“ může být vyjádřením pocitů beznaděje, marnosti, rezignace či psychické bolesti a je varovným faktorem pro sebevražedné chování. Je charakteristický tím, že při něm nedochází k abreakci a úlevě a spontánně neustupuje. Funkce „*strategického pláče*“ je komunikační. Může reprezentovat snahu sdělit něco důležitého druhým nebo s nimi manipulovat. Často se objevuje v párových a rodinných konzultacích. Posledním typem pláče, který autoři

zmiňují, je „*dojemný pláč*“, jenž je vyjádřením radosti, pocitů štěstí nebo příjemného překvapení.

Nelson (2005) chápe pláč jako projev vztahové vazby (attachment), jehož funkcí je předat druhým zprávu, že jedinec potřebuje pomoc a že mu druzí mají poskytnout péči, což bylo potvrzeno některými výzkumnými studiemi (např. Hendriks, Croon, & Vingerhoets, 2008; Drenger, Mikulincer, & Berant, 2017; aj.). Komunikační funkce však pravděpodobně nebude jedinou funkcí pláče, protože například dle Vingerhoetse et al. (1997) lidé nejčastěji pláčou doma, ve večerních hodinách, o samotě či v přítomnosti pouze jedné osoby a reakci pláče někdy i odkládají do doby, kdy takové podmínky nastanou. To nasvědčuje tomu, že zde kromě interpersonálních funkcí pláče budou i určité funkce intrapersonální. Různé teorie (i laická zkušenost) mluví o některých dalších **funkcích pláče**, leckdy vzájemně provázaných, například uvolnění tenze, chemické či symbolické očištění, kognitivní reorganizace či afektivní reintegrace, inhibice agrese či vyvolání soucitu, manipulace či funkce sociální (Frijda, 2001).

Mezi jedinci existují velké **rozdíly v náchylnosti k pláči a v jeho frekvenci**, spojené například s osobností, genderem, věkem, kulturou či socializací (Vingerhoets & Cornelius, 2001). Co se týká osobnostních rysů, ukazuje se, že určitou souvislost se sklonem k pláči i s frekvencí pláče mají rysy emoční stability (Peter, Vingerhoets, & van Heck, 2001), extraverze a empatie (Rottenberg, Bylsma, Wolvin, & Vingerhoets, 2008). Poměrně přesvědčivě bylo prokázáno, že ženy uvádí v dospělosti větší sklon k pláči a pláčou častěji (např. Labott & Martin, 1988; Williams & Morris, 1996; Peter et al., 2001; aj.), a to průměrně přibližně 2,7krát za měsíc, oproti mužům, kteří pláčou průměrně jednou za měsíc (Becht & Vingerhoets, 2002). Zajímavostí je, že tento rozdíl nebyl u klinických psycholožek a psychologů zdaleka tak velký (Trezza et al., 1988, in Labott, 2001), což si autoři vysvětlují jednak tím, že daný typ povolání si mohou volit muži s určitými osobnostními rysy, zadruhé pak tím, že daná emocionálně náročná práce může navýšit pravděpodobnost pláče. Dle studie Labott a Martina (1988) se frekvence pláče s věkem snižuje (kromě drobného navýšení ve věku 30–49 let), a to podobnou měrou u obou pohlaví. Výzkumný soubor této studie zahrnoval jedince ve věku 18–81 let. Na tomto místě však považujeme za nutné poznamenat, že zde autoři nesledovali proměnnou duševního stavu jedince. Zůstává tedy otázkou, zda byli ve vzorku zastoupeni pouze psychicky zdraví jedinci a zda by zařazení pacientů například s organickým poškozením mozku (kterých bude s přibývajícím věkem více) nějakým způsobem neovlivnilo výsledek.

Také Vingerhoets et al. (2000) uvádí, že vlivem proměnné věku se dosud systematicky zabývalo jen malé množství výzkumů, takže snižování frekvence pláče s věkem u dospělých jedinců ještě nebylo jasně prokázáno. Pláč u žen mívá rovněž větší intenzitu a má tendenci trvat déle (Williams & Morris, 1996). Muži se za vlastní pláč více stydí. Vliv má rovněž to, v jaké zemi jedinec žije, a to nejen na frekvenci pláče, ale také například na pocity studu ohledně vlastního pláče či na efekt pláče na náladu (Becht & Vingerhoets, 2002). Zároveň se v průběhu času může měnit **individuální práh citlivosti k pláči**, a to v závislosti na fyzickém (např. únava, těhotenství, menstruační cyklus) nebo duševním (např. stupeň deprese, frustrace) stavu (Vingerhoets & Cornelius, 2001).

Lidé se někdy snaží vlastní slzy potlačit, jindy jim dají volný průběh, anebo se je pokouší zvýraznit. Příčiny takového chování leží uvnitř samotného jedince (intraindividuální) i v jeho vztazích s okolím (interpersonální). Mezi intraindividuální příčiny potlačování pláče patří vyhnutí se či minimalizace prožívání negativních emocí a potřeba vidění sama sebe jako kompetentního člověka. Interpersonální důvody pak reflektují potřebu vyhnutí se pozornosti a sociálním reakcím, vlivem kterých by se člověk mohl cítit špatně (soucit, posměch apod.), a rovněž potřebu mít reputaci kompetentního člověka. Jiným motivem může být rovněž starost o druhé a o to, jak by se kvůli pláči cítili. Z intraindividuálních příčin neregulování, případně zvýraznění vlastních slz zmiňme ventilaci pocitů a také například potřebu vidět sama sebe jako vřelou osobu. Interpersonálně pak může člověka motivovat třeba snaha vzbudit pozornost, vyvolat pozitivní reakce okolí či obraz sebe jako vřelé osoby. V reálném životě se samozřejmě jednotlivé motivy kombinují (Simons, Bruder, van der Löwe, & Parkinson, 2012).

Pláč skutečně může v okolí vyvolat **jak pozitivní, tak negativní reakce**. Ve studii Vingerhoetse et al. (1997) měl například dle vnímání respondentů pláč ve třetině případů pozitivní vliv na vztahy s lidmi přítomnými při pláči, v další třetině vliv neutrální a v 15 % případů byl vnímaný dopad negativní. Pláč může v druhých vyvolávat negativní emoce (Hendriks et al., 2008). Viditelná přítomnost slz pozitivně ovlivňuje ochotu druhých lidí danému jedinci pomoci (např. Balsters, Krahmer, Swerts, & Vingerhoets, 2013; Vingerhoets, Ven, & Velden, 2016; Ven, Meijs, & Vingerhoets, 2016; aj.), vyvolává v nich pocit blízkosti (Vingerhoets et al., 2016) a snižuje tendenci jednat vůči danému člověku agresivně (Hendriks et al., 2008). Plačící jedinci jsou okolím vnímáni jako vřelejší, ale rovněž méně kompetentní (Ven et al., 2016) a bezmocnější (Vingerhoets et al., 2016).

K pláči může dojít **i v práci**, a to například vlivem intenzivního stresu, osobní chyby, fyzické bolesti, konfliktů se spolupracovníky či nadřízenými, šikany, ale i při pozitivních okamžicích, jako například při obdržení pozitivní zpětné vazby (Soares, 2003). V následující části se podíváme na slzy při práci blíže, a to konkrétně při práci zdravotníků.

2.2 Pláč zdravotníků

Lékaři, zdravotní sestry i medici se pravidelně setkávají s náročnými situacemi, s tématy závažných onemocnění, umírání apod., a jsou tak vystaveni velkému množství stresu. Někteří z nich v literatuře sdíleli příběhy popisující reakci na takovou konkrétní situaci, zahrnující i vlastní slzy (např. Hallock, 1995; Pruthi & Goel, 2014; aj.). Dle výzkumů slzy zdravotníka **nejsou neobvyklou reakcí**. Například dle zjištění Wagnera, Hexela, Bauera a Kropiunigga (1997) někdy v práci plakalo 57 % lékařů, 31 % mediků a dokonce 76 % zdravotních sester. V rámci neformálního dotazování Angoff (2001) tuto zkušenost mělo 73 % mediků. Podobně dle aktuálnějších čísel autorů Sunga et al. (2009) to bylo 71 % mediků či začínajících lékařů. U žen se slzy objevují častěji (Wagner et al., 1997; Sung et al., 2009). K pláči může docházet z různých příčin. Sung et al. (2009) rozlišují mezi pláčem v souvislosti s pacientem (vyvolaným např. empatií, smutkem, obavami apod.) a pláčem, který je spíše reakcí na stres plynoucí z lékařského prostředí (v souvislosti s vyhořením, vyčerpáním, kritizováním ze strany druhých apod.). Zdravotníci typicky vyhledávají pro oba typy pláče soukromí (Angoff, 2001). Plakat před pacientem považuje v prvním případě za něco neetického 37 %, ve druhém 89 % dotázaných zdravotníků (Sung et al., 2009). K pláči společně s pacientem dochází u 6 % (Kukulu & Keser, 2006) resp. 8 % (Petriček, Vrcić-Keglević, Lazić, & Murgić, 2011) mediků a až 23 % ošetřovatelů (Kukulu & Keser, 2006). Častým tématem vyvolávajícím pláč související s pacientem je smrt, umírání a utrpení pacientů a jejich rodin (např. Wagner et al., 1997; Angoff, 2001; Sung et al., 2009).

2.3 Pláč klientů v psychoterapii

Je obtížné přesně určit, **jak často** dochází k pláči klientů v psychoterapii (Nelson, 2005), nicméně existují některé výzkumy, které nám mohou pomoci udělat si o výskytu pláče přibližnou představu. Například dle Zingarettiho, Genovy, Gazzilla a Lingiardiho (2017) 86 % klientů někdy při psychoterapii plakalo. Podobné hodnoty (79 %) uvádí rovněž

Cuevas-Escorza a Garrido-Fernández (2015). Většina klientů tedy tuto zkušenost má. S jakou frekvencí ale k pláči dochází? Dle realizovaných výzkumů pláčou klienti přibližně ve 14 % (Robinson, Hill, & Kivlighan, 2015) až 21 % (Trezza et al., 1988, in Labott, 2001) sezení. Pláč se objevuje **častěji u klientek** (Capps et al., 2013). Dle jiné realizované studie k pláči klientů dochází často **při prvním sezení** a také, pokud je přítomný **další člen rodiny** (Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández, 2015).

Pláč je pro některé klienty **významným momentem** v psychoterapii. Přibližně polovina klientů vnímá, že jejich pláč napomohl zlepšení psychoterapeutického vztahu, 33 % se domnívá, že se nic nezměnilo a u 3 % došlo ke zhoršení vztahu. Přitom většina klientů (69 %) o vlastním pláči mluvila se svým terapeutem (Zingaretti et al., 2017). Dle Capps et al. (2013) pláč klienta ve výsledku nemá na psychoterapeutický vztah vliv, přestože dané sezení je klienty hodnoceno převážně negativně. Přestože vědecká zjištění ve vztahu k tomu, zda pláč přináší úlevu, a naopak zda potlačování pláče je pro člověka škodlivé, nejsou jednoznačná (Vingerhoets & Bylsma, 2007), většina terapeutů věří, že plakat je zdravé, ať už psychicky nebo fyzicky (Labott, 2001). Například v rámci výzkumu Trezzy et al. (1988, in Labott, 2001) se 63 % dotázaných nesnažilo pláč klientů zastavit a 73 % je k pláči určitým způsobem povzbuzovalo. Většina terapeutů uváděla, že pláč klientů pro ně není nepříjemný.

Nelson (2005) přišla s **teorií pláče**, postavenou na vzájemném cyklu vztahové vazby (*attachment*) a poskytování péče (*caregiving*), která poskytuje rámec pro porozumění pláči i v kontextu psychoterapie. Příčinou pláče dospělých je v rámci její teorie ztráta či separace (ať už extrémní, jako například smrt, či každodenní, včetně velkých životních změn), a to reálná, symbolická či představovaná. Rozlišuje tři podoby pláče: (a) protestní pláč („*protest crying*“), (b) pláč zoufalství („*despair crying*“) a (c) potlačovaný pláč („*inhibited crying*“), které propojuje se třemi typy vztahové vazby. Protestní pláč je charakteristický vztekem a vyjadřuje neochotu smířit se se ztrátou a snahu vyhnout se jí či dosáhnout navrácení původního stavu. Tento typ pláče bývá někdy chápán jako manipulativní a je často zdrojem negativních reakcí okolí. Je spojen s úzkostným typem vztahové vazby. Pláč zoufalství je charakteristický smutkem z poznání, že ztrátě se vyhnout nelze. Často se jedná o tichý pláč. Druzí na tento typ pláče reagují převážně soucitem a péčí. Avšak někdy může vyvolat také negativní reakce, které jsou dány tím, že schopnost reagovat na pláč druhých je dle Nelson (2005) determinovaná ranými zkušenostmi s pečujícími osobami, a pro některé lidi je tedy těžké na něj reagovat. Vztahován bývá k jisté vztahové vazbě.

Potlačovaný pláč při významné ztrátě může být varovným signálem u jedinců, kteří se odtahují od okolí a nevyjadřují emoce. Někteří lidé ale jsou rovněž schopni prožít a zpracovat si vlastní pocity smutku a ztráty jinými formami, než je pláč. Nelson (2005) tento typ pláče spojuje s vyhýbavou vztahovou vazbou. Empirickou podporu jednotlivým typům pláče v prostředí psychoterapie dodali Robinson et al. (2015). Zjistili, že u klientů se častěji vyskytuje pláč protestní a potlačovaný. Navíc přidali čtvrtý typ pláče – „pláč smíření se“ („*acceptance crying*“), spojený s úlevou, radostí či štěstím. V psychoterapii zrcadlí konkrétní typ slz klienta jeho rané zkušenosti vztahové vazby s pečujícími osobami, aktuální stav vztahové vazby v rámci psychoterapeutického vztahu (Nelson, 2005) a také typ vztahové vazby terapeuta a její interakci s klientovou vztahovou vazbou (Robinson et al., 2015). Pláč v terapeutovi vyvolává pečující chování, jehož charakteristiky jsou dané typem pláče, stejně jako jeho vlastní vztahovou vazbou. Je třeba, aby si terapeuti byli vědomi vlastních vnitřních reakcí na klientův pláč, neboť ty jim napomohou rozpoznat typ pláče a porozumět tomu, co to říká o aktuálním stavu vztahové vazby v psychoterapeutickém vztahu (Nelson, 2005).

3 Sebeodhalení terapeuta v psychoterapii (a jak souvisí s pláčem)

Mnozí autoři (např. Nelson, 2005; Matise, 2015; aj.) uvažují o pláči terapeuta v kontextu sebeodhalení. Například Bloomgarden (2017, 60) považuje pláč za „*nejméně kontrolovatelnou a nejautentičtější formu sebeodhalení*“. Poznatky o sebeodhalení terapeuta by tedy mohly být relevantní i pro jeho pláč, proto jsme se rozhodli věnovat tomuto tématu tuto stručnou kapitolu.

Více než 93 % terapeutů má se sebeodhalením osobní zkušenost (Pope, Tabachnick, & Keith-Spiegel, 1987). Sebeodhalení ovšem tvoří pouze 4 % ze všech technik užívaných terapeuty, typicky se nejedná o odhalování intimních témat a terapeuti jsou při sebeodhalování opatrní (Hill & Knox, 2001).

Yalom (2004) popisuje tři **typy sebeodhalení terapeuta**, přičemž některé mohou psychoterapii usnadňovat, jiné mohou být potenciálně problematické až kontraproduktivní. Rozlišuje sebeodhalení jako:

1. odhalení mechanizmu psychoterapie;
2. sdílení pocitů ze situace tady a teď;
3. prozrazení něčeho z osobního života terapeuta.

Definice sebeodhalení terapeuta jsou velmi rozmanité. Častěji bývají pod pojem sebeodhalení zařazeny pouze druhý a třetí z výše uvedených bodů (např. Hill, Mahalik, & Thompson, 1989; Goldstein, 1994; Barnett, 2011; aj.). Hill a Knox (2001) pak pod pojem sebeodhalení řadí pouze sdílení informací z osobního života terapeuta a odlišují tento termín od „*výroků tady a teď*“, které se vztahují k bezprostředním pocitům vůči klientovi či psychoterapeutickému vztahu.

Podle Henretty, Curriera, Bermana a Levitt (2014) bývají nejčastěji rozlišovány tři **dimenze sebeodhalení** terapeuta, a to:

1. sebeodhalení vztahující se k psychoterapii (např. myšlenky a/nebo pocity terapeuta vůči klientovi či psychoterapii), anebo týkající se terapeutova osobního života;
2. sebeodhalení týkající se pozitivního, anebo negativního obsahu;
3. sebeodhalení informace, která vyjadřuje podobnost s klientem, anebo informace vyjadřující odlišnost.

Jednotlivé dimenze se vzájemně kombinují a vytváří jedinečné případy sebeodhalení.

Hill et al. (1989) rozlišují *involving disclosures*, která jsou obvykle formulována v přítomném čase a vyjadřují terapeutovy pocity a myšlenky ve vztahu ke klientovi a/nebo k psychoterapii, a *disclosing disclosures*, která se týkají něčeho z osobního života terapeuta. Dále tito autoři vymezují *reassuring disclosures*, kterými terapeut vyjadřuje podporu, povzbuzení, legitimizuje klientův pohled na věc, jeho myšlení, prožívání či chování, a *challenging disclosures*, které mají určitým způsobem nabourat klientovy způsoby myšlení či chování. První zmíněná jsou přitom terapeuty i samotnými klienty hodnocena jako nápomocnější.

Někteří autoři chápou sebeodhalení ještě šířeji. Sebeodhalení tak mohou být nejen verbální, ale i neverbální (např. Goldstein, 1994; Zur, 2008; aj.), nejen záměrná, ale i mimo vědomou kontrolu terapeuta (Zur, 2008). Barnett (2011) v tomto kontextu mluví o třech typech sebeodhalení, a to sebeodhaleních záměrných (terapeut úmyslně sděluje nějakou informaci o sobě, svých pocitech, myšlenkách apod., ať už verbálně či neverbálně), nevyhnutelných (např. pohlaví, sebeodhalení prostřednictvím nošení snubního prstýnku, řeč těla apod.) a neúmyslných (např. silná emocionální reakce terapeuta; terapeut navštíví akci, na které klienta potká; aj.).

Terapeutovo sebeodhalení bývá nejčastěji **zkoumáno v experimentálních podmínkách**, kdy participanti na základě záznamů z psychoterapií hodnotí terapeutovo sebeodhalení, možný dopad na klienty, terapeuta samotného apod. Z metaanalýzy osmnácti takovýchto studií vyplývá, že terapeutovo sebeodhalení bývá pozorovateli vnímáno spíše pozitivně (Hill & Knox, 2001). Henretty et al. (2014) na základě další metaanalýzy zjistili, že sebeodhalení terapeuta má tendenci povzbudit otevřenost klientů a pozitivně ovlivnit jejich ochotu znovu jít do psychoterapie s terapeutem využívajícím sebeodhalení. Rovněž ovlivňuje vnímání terapeutovy odborné atraktivity. Největší efekt mívají ta sebeodhalení, která vyjadřují podobnost s klientem, týkají se negativního obsahu, a to ať už jsou spojena s psychoterapií, nebo s životem terapeuta mimo psychoterapii (přičemž ta týkající se osobního života terapeuta jsou ještě o něco efektivnější). Sebeodhalení terapeuta může být přínosné především ve vztahu k budování a posilování psychoterapeutického vztahu a k podpoře klientova sebeodhalování. Dle Myerse a Hayese (2006) může být rovněž nápomocné v tom, že klientovi ukáže, že terapeut je také jen člověk. Rizikovým se může

stát v tu chvíli, kdy jsou sebeodhalení terapeuta příliš osobní nebo se vztahují k terapeutovým nevyřešeným problémům.

Studií zabývajících se **pohledem reálných klientů** existuje ovšem méně. Například Audet (2011) realizovala kvalitativní studii zaměřenou pouze na sebeodhalení ve smyslu sdílení osobních informací ze života terapeuta. Terapeutovo sebeodhalení bylo klienty vnímáno pozitivně za těch podmínek, že bylo občasné, pouze přiměřeně osobní a že vyjadřovalo podobnost s klientem či nějakým způsobem reagovalo na jeho potřeby. Sebeodhalení příliš častá, opakující se, detailní, bez přímé souvislosti s potřebami klienta či kontextem psychoterapie byla vnímána negativně. Pozitivně vnímaná sebeodhalení snížila formálnost a nerovnocennost vztahu, vnesla do psychoterapie větší aspekt lidskosti, někteří klienti je rovněž interpretovali jako zprávu, že sami za něco stojí, jsou kompetentní a že terapeutovi na nich záleží. Z pohledu klientů s negativní zkušeností byla sebeodhalení kritizována především kvůli rozvolnění hranic psychoterapeutického vztahu a prohození rolí. Sebeodhalení také otevírala témata terapeutovy odbornosti a důvěryhodnosti, a to v pozitivním i negativním směru. Levitt, Butler a Hill (2006) se věnovali zkoumání pro klienty významných momentů v individuální psychoterapii a mimo jiné zjistili, že pokud klienti vnímali, že terapeutovo sebeodhalení (zahrnující i emoce, včetně pláče) je reakcí na ně, hodnotili ho pozitivně. Naopak v případě že toto sebeodhalení z pohledu klientů plynulo více z potřeb terapeuta, hodnotili ho negativně. V českém prostředí se sebeodhalení terapeuta očima klientů i terapeutů věnovala v rámci své diplomové práce Krajčová (2013), která se kvalitativně zaměřila rovněž pouze na sebeodhalení ve smyslu sdílení osobních informací. Klíčovým aspektem, rozhodujícím, zda klientky vnímaly terapeutovo sebeodhalení jako vhodné, bylo načasování sebeodhalení. V určitém momentu psychoterapie klientky pociťovaly (často nevyjádřenou, někdy i neuvědomovanou) potřebu potvrzení, uznání normality svého prožívání či platnosti problému. Pokud v takovou chvíli terapeut zareagoval přiléhavým sebeodhalením, vnímaly to klientky pozitivně. Pozitivní dopady byly například v prožívání klientek, posunu v řešeném tématu a v pracovní alianci. Klientky se cítily terapeutovi blíž, vnímaly ho jako důvěryhodnějšího a oceňovaly jeho autentičnost. Pokud však terapeutovo sebeodhalení nereflektovalo potřeby klientek, ale sledovalo spíše osobní motivy terapeuta, nebylo již vždy vnímáno pozitivně. Frekvence těchto sebeodhalení byla nižší (tři z patnácti uvedených případů). Vyvolávala v klientkách negativní pocity, nutila je přemýšlet, jak zareagovat. Klientky vnímaly, že je to odvádí od jejich tématu a ubírá jim čas. Z pohledu terapeutů bylo jejich sebeodhalení většinou

záměrné, kdy sledovali jasné cíle, například vyjádření porozumění, poskytnutí emocionální podpory, využití osobního příkladu k přiblížení obecnějšího principu či možnosti zvládnutí dané situace, zrušení idealizace terapeuta apod. Některá sebeodhalení byla ale také pouze intuitivní. Terapeuti, kteří sebeodhalením sledovali osobní motivy, zmiňovali například uvolnění vlastního napětí. Autorka dále uvádí, že dokonce i sebeodhalení z osobních motivů mohou být za určitých okolností užitečná – pokud terapeut zároveň zváží i dopady na klienta. Dle jiného kvalitativního výzkumu (Knox, Hess, Petersen, & Hill, 1997) byla jako nápomocná hodnocena ta sebeodhalení, která navazovala na diskuzi o pro klienty důležitých osobních tématech, která obsahovala informaci z osobního života terapeuta a která z pohledu klientů cílila na normalizaci jejich prožívání.

Má sebeodhalení terapeuta své místo při práci s klienty? Dle Gibsona (2012) je **určitá míra sebeodhalení terapeuta nevyhnutelná**. Mimoto například Goldstein (1994) zdůrazňuje, že klienta může poškodit nejen nevhodné sebeodhalení terapeuta, ale rovněž to, že se v některých situacích terapeut sebeodhalení brání. Otázka by tedy podle jejího názoru neměla být „*sebeodhalení ano či ne*“, ale spíše „***za jakých podmínek ano a za jakých ne***“. Obecně se může jednat o faktory na straně terapeuta (např. teoretická orientace, osobní historie, ...), klienta (např. rasa, pohlaví, sexuální orientace, předchozí zkušenosti s psychoterapií, jeho očekávání, ...) a další situační faktory (Barnett, 2011). Důležitá může být též kvalita psychoterapeutického vztahu. Myers a Hayes (2006) zjistili, že pokud je psychoterapeutický vztah dobrý, jsou i obecná sebeodhalení terapeuta vnímána kladně. Pokud však psychoterapeutický vztah není kvalitně navázán, pak jsou terapeutova sebeodhalení hodnocena negativně, terapeut je vnímán méně jako odborník. Schnellbacher a Leijssen (2009) doporučují využívat sebeodhalení pouze občas a vždy jen krátce vyjádřit ty myšlenky nebo pocity, které jsou relevantní vzhledem ke klientovi a které ho mohou někam posunout. Záleží rovněž na vhodném načasování. Je také nutné sledovat klientovu reakci na terapeutovo sebeodhalení a případně na ni reagovat.

Z pohledu Bloomgarden (2017) patří **pláč** jakožto způsob vyjádření pocitů terapeuta obvykle mezi tzv. „*self-involving disclosures*“, ale někdy se může stát i „*self-disclosing dislosure*“, pokud se objevuje ve chvíli, kdy terapeut sděluje klientovi nějakou informaci ze svého osobního života. Dle Nelson (2005) je pláč terapeuta v přítomnosti klienta nezáměrným sebeodhalením. Bloomgarden (2017) uvádí, že lze o pláči uvažovat v určitém smyslu i jako o záměrném sebeodhalení, a to z toho pohledu, že v některých případech, kdy terapeut cítí impulz k slzám, může se rozhodnout nechat slzy volně téct a nesnažit se je

potlačit. Souhlasí však, že leckdy slzy mohou přicházet i naprosto nečekaně, a být tak nezáměrným sebeodhalením. I v takovém případě zůstávají v rukou terapeuta v tom, že se může rozhodnout, jakým způsobem je (s klientem) zpracuje. Blume-Marcovici (2012) nalezla pozitivní vztah mezi tendencí terapeuta k sebeodhalování, jeho vnímáním sebeodhalování jako užitečného pro psychoterapii a jeho tendencí k pláči v roli terapeuta.

Ať už pláč chceme, nebo nechceme považovat za (záměrné či nezáměrné) sebeodhalení, v následující kapitole se na pláč terapeuta podíváme blíže.

4 Pláč terapeuta v psychoterapii

„*Nikdy nesnižuj cenu svých slz.*
Můžou být hojivou vodou a pramínkem radosti.
Někdy to jsou nejvhodnější slova, která vycházejí ze srdce.“

William Paul Young

V této kapitole představíme přehled dosud realizovaných kvalitativních i kvantitativních studií na téma pláče v roli terapeuta při psychoterapii a pokusíme se přiblížit některá zajímavá zjištění.

4.1 Doposud realizované zahraniční výzkumy

Začněme několika kazuistikami. **Counselman** (1997) uveřejnila kazuistiku své práce s terminálně nemocnou klientkou a její rodinou, v níž chtěla ilustrovat příklad, kdy sebeodhalení terapeuta, včetně jeho slz, může být prospěšné. Manželský pár za autorkou původně přišel za účelem řešení partnerských problémů. V průběhu manželské psychoterapie náhle došlo u ženy k recidivě onkologického onemocnění. Metastázy byly tak rozsáhlé, že lékaři nedávali ženě mnoho času. Counselman píše o strachu z vlastního pláče v přítomnosti klientů, který dříve měla a který byl založený na tom, že jakmile jednou začne plakat, nebude schopna pláč zastavit. Popisuje své pocity – šok a bezmoc, když jí zprávu klienti oznámili – a vlastní reakci v podobě slz. Píše o tom, jak při práci musela reflektovat osobní zkušenost se smrtí matky na rakovinu. Nakonec se rozhodla sdílet ji s manželi. Díky tomu se dostali k tomu, jak důležité může být mluvit o nemoci s blízkými. V návaznosti na to byly do psychoterapie přizvány i dospělé děti manželů. Psychoterapie jim dle autorky pomohla být vůči sobě otevřenější, sdílet své pocity a také rozloučit se s matkou a manželkou, která nemoci bohužel do několika měsíců podlehla. Counselman (1997, 237) příběh uzavírá následujícími slovy:

„*Věřím, že jsme si mohli být tak blízko díky tomu, že jsem se rozhodla být ve vztahu k nim otevřená a opravdová, což je povzbudilo k tomu, aby byli otevření a opravdoví také k sobě navzájem. Naučila jsem se nebát se plakat s klientem. Měla jsem možnost vidět rodinu mluvit o nemoci a o smrti, což je něco, co moje rodina neuměla, a to pro mne bylo léčivé tak, jak práce terapeuta často bývá*“.

Jiný příklad přinesla **Alden** (2001). V inspirativní kazuistice popisuje dojemný moment z psychoterapie s ženou, která při nehodě zcela ochrnula od krku dolů. Při popisování dané události a vlastních pocitů se klientka rozplakala. Terapeutka v daném momentu cítila

hluboké dojetí, smutek, obrovskou pokoru a další pocity, které slovy nedokázala popsat. Nereagovala tedy slovy, ale jen mlčky svými prsty otřela klientčiny slzy. Vlastní slzy nechala téct.

Další kazuistiku, kterou zde uvedeme, uveřejnila **Owens** (2004). Podrobně v ní popisuje psychoterapeutickou práci s třináctiletým chlapcem s kvadruplegií. V průběhu psychoterapie došlo k terapeutčině pláči ve chvíli, kdy s ní chlapec sdílel vlastní vzpomínku na nehodu, při níž ochrnul. Terapeutka popisuje své pocity po tomto incidentu – stud a pocity viny – a rovněž touhu sdílet tuto zkušenost s kolegy:

„*Přemýšlela jsem o všech možných dopadech mé reakce a o riziku, že jsem tím mohla vyvolat něco negativního a že on si teď možná bude dělat starosti o mě a mé pocity…Byla jsem dojatá k slzám a cítila jsem se ohromně provinile. Co jsem to za terapeutku? Co by si o mně pomysleli kolegové? Tohle by se nemělo stávat, ne?*" (Owens, 2004, 296).

Také díky sdílení zkušenosti s kolegy autorka dospěla k závěru, že její pláč byl v dané situaci přiměřený a že i pro chlapce bylo důležité vidět její slzy. Na pozadí svých slz vnímala jednak emoční napojení na chlapce, které vyjadřuje slovy „*plakala jsem jeho slzy*", ale rovněž projev protipřenosu, „*plakala jsem vlastní slzy*" (Owens, 2004, 295). Mnohé další zajímavé kazuistiky si lze přečíst v nedávno vydané knize s názvem *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (Blume-Marcovici (Ed.), 2017). Z výše uvedených kazuistik samozřejmě nelze vyvozovat žádné závěry, nicméně poskytují mnohé podněty k zamyšlení a přináší příklady situací, v nichž pláč terapeutek byl velmi silným momentem v psychoterapii (pro samotné terapeutky, ale – a to především – i pro jejich klienty).

Albornoz (2013) se zaměřila na zkušenosti s pláčem muzikoterapeutů a studentů muzikoterapie, ať už v jakékoliv roli v rámci muzikoterapeutických setkání, přičemž jedna z dotázaných terapeutek měla zkušenost s vlastním pláčem přímo v roli terapeutické. K pláči došlo v průběhu skupinového muzikoterapeutického sezení s dospělými psychiatrickými klienty. Její pláč způsobila konkrétní píseň, kterou vybrala. Vlastní slzy ji překvapily, nebyly jí příjemné a snažila se je potlačit. Autorka terapeutčiny slzy interpretovala jako protipřenosové. Slzy v terapeutické roli u terapeutky obvykle evokuje též zpěv spolu s nevyléčitelně nemocnými pacienty, což jsou často chvíle, kdy cítí dojetí a hluboké emoční propojení.

Harris (2017) na základě dlouholeté práce s klienty, kteří zažili nějaké trauma, vymezila pět typů slz terapeuta. Konkrétně to jsou „*slzy znovuvybavení*“ (klient si vybavuje a sdílí traumatickou zkušenost), „*slzy radosti*“, „*slzy soucítění a smutku*“, „*slzy hněvu a zoufalství*“ a „*soukromé slzy*“ (slzy vztažené k něčemu z terapeutova osobního života, co je vyvoláno příběhem klienta).

Se zmínkou o pláči terapeuta v přítomnosti klienta se můžeme setkat rovněž ve studii, kterou realizovali **Pope et al.** (1987), i když jejich hlavním výzkumným zaměřením nebyl přímo pláč. Zabývali se různými projevy chování, které mohou ze strany terapeuta v psychoterapii nastávat (např. objetí klienta, navázání sexuálního vztahu s klientem, diskutování o klientovi s přáteli, přijímání dárků od klienta aj.), frekvencí jejich výskytu v praxi a mírou jejich etičnosti z pohledu terapeutů. Výzkumný soubor tvořilo celkem 456 terapeutů, převážně psychodynamické či eklektické teoretické orientace. 57 % dotázaných terapeutů uvedlo, že již někdy plakali v přítomnosti klienta. Autoři vnímali pláč terapeuta jako formu sebeodhalení. Pouze 6 % terapeutů se domnívalo, že pláč terapeuta v psychoterapii s klientem je za jakýchkoliv podmínek neetický.

Přímo zkoumání pláče terapeuta se věnovala **Waldman** (1995), která v rámci své dizertační práce realizovala kvalitativní studii se zaměřením na pláč terapeuta v psychoterapii z psychoanalytického pohledu, s důrazem na koncepty jako jsou neutralita či protipřenos. Dotazovala se deseti terapeutů (pěti žen a pěti mužů) s psychodynamickou teoretickou orientací, kteří měli zážitek vlastního pláče v psychoterapii s klientem. Nejčastější příčinou pláče terapeutů byla ztráta na straně klienta (minulá, aktuální či anticipovaná – např. smrt blízkého člověka, vážné onemocnění apod.). Dva z terapeutů popisovali rovněž slzy způsobené radostí či úlevou. Pouze u jednoho terapeuta byly slzy dány spíše jeho aktuální obtížnou osobní životní situací než faktory na straně klienta. Devět z deseti dotázaných vnímalo vlastní pláč jako užitečný pro psychoterapeutický proces. Ze zkušenosti terapeutů někdy slzy terapeuta mohou pomoci klientovi získat přístup k vlastním emocím, mohou posílit psychoterapeutický vztah či usnadnit psychoterapeutický proces. Dokonce i terapeut, který plakal z důvodů nesouvisejících s klientkou, vnímal částečně pozitivní vliv svého pláče na další průběh psychoterapie. Terapeut s klientkou mluvil o tom, co jeho slzy vyvolalo a klientka si cenila toho, že s ní terapeut sdílel osobní téma, což ve výsledku rovněž posílilo psychoterapeutický vztah. Někteří z terapeutů zmiňovali také negativní stránky vlastního pláče. Popisovali své obavy,

že jejich pláč mohl způsobit klientovi bolest či ho zúzkostnit. Jeden z respondentů uváděl určité pocity ambivalence, které jeho pláč v některých klientech vyvolal:

„*Na jednu stranu je skutečně dobré, že terapeut je tu tak plně se mnou a mými pocity a nechtěl bych, aby tomu tak nebylo...ale...znamená to, že se o mě nebude schopen postarat? Znamená to, že bude zahlcen vlastními pocity, a proto nebude schopen být mi nápomocný? Musím ho chránit před vlastními pocity?*" (Waldman, 1995, 85).

Dalším potenciálním rizikem bylo z pohledu terapeutů převrácení rolí, kdy klient může mít pocit, že by se měl postarat o terapeuta. Zajímavé je, že toto riziko bylo spojováno především s klientkami. Dalším diskutovaným tématem bylo, zda terapeut má vědomou volbu ohledně vlastního pláče. Většina terapeutů se shodla, že v první moment se reakce v podobě slz objevila spontánně. Mohli se však rozhodnout, zda dají vlastním slzám volný průběh a také jak celou situací zvládnou – zda o svých slzách budou s klientem mluvit apod. Důležité pro terapeuty bylo vlastní uvědomění si toho, zda jejich slzy nejsou primárně motivovány jejich osobními tématy. Pokud tomu tak bylo, snažili se slzám vyhnout (Waldman, 1995).

Sussman (2001) analyzovala vlastní záznamy práce s celkem 92 klienty v rozmezí šesti let a dále provedla se čtyřmi z nich rozhovor (ženy ve věku 30–40 let). Všechny klientky vnímaly slzy terapeutky jako velmi důležité pro psychoterapii. Z analýzy záznamů je patrné, že v průběhu let se přibližně stejně často objevovaly empatické slzy, zatímco slz způsobených projektivní identifikací ubývalo.

Curtis, Matise a **Glass** (2003) provedli výzkum u 159 studentů (138 žen), budoucích poradců, přičemž se zaměřili na jejich vnímání pláče poradce v přítomnosti klienta. Odpovědi studentů se signifikantně nelišily v závislosti na jejich pohlaví či ročníku studia. Ukázalo se, že většina studentů se neobávala situací, kdy by mohlo dojít k jejich pláči před klientem, nicméně přesto přibližně pětina studentů tyto obavy měla. V otázce, zda vnímají pláč terapeuta jako neprofesionální, se názory rozcházely. Dle některých studentů vždy záleží na konkrétní situaci. Převaha studentů (61 %) mínila, že pokud pláče i klient, je terapeutův pláč přínosný a může posílit psychoterapeutický vztah. Naproti tomu v situacích, kdy klient nepláče, vnímali pláč terapeuta spíše jako škodlivý (84 %). Jak sami autoři reflektují, výzkum má určité limity jako například výraznou převahu žen ve výzkumném souboru či způsob formulace otázek. Tato studie se rovněž od ostatních zde

zmiňovaných liší v tom, že se dotazuje na názory studentů, jejichž zkušenost z praxe je zatím pouze omezená.

Z devatenácti terapeutů, kterých se dotazovala **Nelson** (2005), mělo přibližně 66 % zážitek vlastních slz při práci s klientem. U většiny z nich se ale jednalo o událost ojedinělou, obvykle velmi dobře zapamatovatelnou. Určitý vnitřní impulz k pláči přicházel častěji, ale většinou ho terapeut potlačil. Názory na pláč terapeutů se lišily dle toho, zda s ním měl terapeut vlastní zkušenost. Ti, kteří nikdy při práci s klientem neplakali, většinou mínili, že slzy terapeuta narušují psychoterapeutický proces. Terapeuti s osobní zkušeností naopak převážně uváděli, že zda je pláč pro psychoterapeutický proces prospěšný či rušivý, záleží na konkrétních okolnostech. Za významný byl považován faktor času, kdy na začátku psychoterapeutického vztahu je větší pravděpodobnost, že bude pláč terapeuta vnímán klientem negativně. Nelson (2005) rozlišila několik typů pláče terapeuta dle okolností, které ho provází, a to: (a) pláč jako vyjádření napojení na klienta; (b) pláč v reakci na vlastní akutní reakci smutku a (c) pláč při ukončování psychoterapie. Později přidala (d) pláč při odchodu do důchodu (Nelson, 2017).

V Holandsku realizovaná studie autorky **'t Lam** (2011) se zaměřila na to, jak vnímají terapeuti slzy vlastní a slzy klientů. Výzkumu se zúčastnilo celkem 819 terapeutů z různých rezortů (78 psychiatrů, 74 klinických psychologů, 107 psychoterapeutů, 315 psychologů a 245 jiných zdravotnických pracovníků). Ve vzorku převažovaly ženy (n = 615). Respondenti vyjadřovali své postoje na krátké Likertově škále (celkem 21 položek). Ze zúčastněných terapeutů mělo 87 % zkušenost vlastního pláče při práci s klientem. Častější byla tato zkušenost u terapeutů (91 %) než u terapeutek (86 %). Pozitivnější postoje k pláči terapeutů měli muži než ženy. Kladněji ho hodnotili také terapeuti s více lety praxe a terapeuti hlásící se k psychoterapii zaměřené na klienta (ve srovnání s kognitivně-behaviorálními terapeuty).

Blume-Marcovici et al. (2013) realizovali poměrně rozsáhlý výzkum zaměřující se na zkušenosti terapeutů s vlastními slzami v psychoterapii a na postoje k nim. Vzorek tvořilo 684 psychologů a postgraduálních studentů doktorského studia psychologie, pocházejících z různých států USA. Ve vzorku převažovaly ženy (n = 515). Z hlediska teoretické orientace bylo složení vzorku následující: KBT (35 %), eklektická/integrativní orientace (42 %), psychodynamická (11 %), jiná (10 %), psychoanalytická orientace (1 %). V rámci online průzkumu bylo participantům administrováno několik dotazníkových metod

zaměřujících se na osobnostní rysy, míru empatie či pláč v rámci běžného života. Kromě toho vyplnili dva dotazníky vytvořené autory výzkumu, které cílily právě na zkušenosti terapeutů s vlastním pláčem v psychoterapii a na postoje k němu (TCIT 1, TCIT 2). Výsledky ukazují, že 72 % dotázaných má za svou praxi zkušenost s vlastním pláčem v roli terapeuta, přičemž 30 % z nich toto zažilo během posledního měsíce. K pláči u terapeutů však dochází průměrně v 7 % všech sezení, nejedná se tedy o něco častého. Terapeuti, kteří uváděli vyšší sklon k pláči v běžném životě, měli zároveň vyšší tendenci k pláči v psychoterapii. Mezi terapeuty a terapeutkami nebyl zjištěn rozdíl ve frekvenci pláče v přítomnosti klienta, přestože ženy uváděly častější pláč v běžném životě. Nicméně ženy měly zároveň větší tendenci vlastní slzy při sezení potlačit. Nebyl objeven vztah mezi pláčem a mírou empatie ani některými osobnostními rysy. Zkušenější (a starší) terapeuti uváděli pláč v psychoterapeutické roli častěji než ti s méně lety praxe. Konečně terapeuti orientovaní na kognitivně-behaviorální přístup měli méně často zážitek vlastního pláče oproti psychodynamicky orientovaným kolegům.

Autory rovněž zajímalo, jaké pozitivní a negativní důsledky může z pohledu terapeutů mít epizoda pláče na psychoterapii. V následující tabulce shrnujeme ty, které uvedla alespoň polovina dotázaných.

Tab. č. 1: Očekávané pozitivní a negativní důsledky pláče (Blume-Marcovici et al., 2013)

Očekávané pozitivní důsledky	n	V %
Pocit klienta, že na něm terapeutovi doopravdy záleží	469	82
Nárůst autenticity v psychoterapeutickém vztahu	410	72
Dovoluje klientovi cítit	346	61
Terapeut bude modelem pro přiměřené vyjadřování emocí	336	59
Nárůst otevřenosti v psychoterapeutickém vztahu	335	59
Pocit klienta, že terapeut mu opravdu rozumí	334	59
Lepší vztah	322	57
Očekávané negativní důsledky	**n**	**V %**
Obava klienta, že terapeut nebude schopen zvládnout klientovy pocity	394	69
Zatížení klienta pocity terapeuta	366	64
Obrácení rolí, kdy klient bude cítit, že se musí o terapeuta postarat	321	56

V otázce toho, jakým způsobem jejich pláč ovlivnil psychoterapeutický vztah, se více než 53 % (n = 191) dotázaných domnívalo, že se ve vztahu nic nezměnilo, téměř 46 % (n = 163) respondentů mínilo, že se vztah zlepšil a necelé 1 % (n = 3) uvedlo, že se zhoršil.[1]

Ramsahoye (2014) provedl v Irsku kvalitativní studii formou interview se čtyřmi terapeuty, přičemž tři z nich měli s vlastními slzami při práci s klientem zkušenost. Jako

[1] Data se týkají pouze těch, kteří mají osobní zkušenost s vlastním pláčem za přítomnosti klienta.

důležité se pro všechny terapeuty ukázalo rozlišení mezi pouhým slzením a otevřeným pláčem. Shodovali se, že otevřený pláč terapeuta ve většině případů není v zájmu klienta, nicméně „uronění pár slz“ může být přiměřené. Může to napomoci vytvořit hlubší vazbu terapeuta a klienta, normalizovat pláč či pomoci klientovi najít cestu k vlastním emocím. Záleží však na konkrétním klientovi, kvalitě psychoterapeutického vztahu a celkovém kontextu. V určitých situacích terapeuti cítili, že je třeba vlastní pocity a pláč potlačit. Jedna z terapeutek to vyjádřila následujícími slovy:

„*Potřebovala jsem být ta silná. Nemyslím si, že by klientce pomohlo...kdybych se sesypala. Nemyslím si, že by to pomohlo psychoterapeutickému procesu. Myslím si, že bych...možná by ona...možná, já nevím, možná by mě viděla jako slabou ve chvíli, kdy se sama ve své situaci cítila slabá. Takže si vážně nemyslím, že by to pomohlo procesu*“ (Ramsahoye, 2014, 20).

Zajímavé je, že silnější výhrady k pláči terapeuta měli respondenti u určitých typů klientů – konkrétně klientů depresivních, hraničních, narcistických a klientů užívajících z důvodu duševní poruchy medikaci. Terapeuti neměli problém mluvit o vlastních slzách se supervizorem a zdůrazňovali, že otevřená diskuze o tomto tématu je klíčová. Zároveň se shodovali, že terapeutovým slzám při práci s klientem byla v rámci jejich výcviků věnovaná pouze malá pozornost.

Další z aktuálních výzkumů v této oblasti provedl **Matise** (2015). Zvolil kvalitativní výzkumný design a provedl polostrukturovaná interview s jedenácti poradci. Zaměřil se na jejich zkušenosti s vlastním pláčem v přítomnosti klienta a vnímání toho, jakým způsobem pláč ovlivnil jejich vztah s klientem. Ochota vyjadřovat emoce (včetně pláče) se lišila v závislosti na věku poradce. Starší, zkušenější poradci (nad 40 let) měli menší problémy s vyjadřováním vlastních emocí. Z rozhovorů vyplynula čtyři větší témata, která poradci dávali do souvislosti s pláčem – uvědomování, empatii, autenticitu a modelování. **Uvědomování** (či všímavost) bylo z pohledu poradců důležité pro to, aby jejich pláč mohl být pro klienty užitečný. Podstatné je být si vědom toho, co pláč vyvolává v konkrétním klientovi. Proto je důležité s klienty o vlastním pláči mluvit a ptát se jich, co s nimi dělá, jak se cítí. Dobré je také být si vědom vlastních reakcí v různých emočně náročných situacích, ve kterých může dojít k pláči. Poradci dále dávali pláč do souvislosti se schopností **empatie**. Slzy, pokud jsou upřímné, byly pro ně vyjádřením hlubšího napojení na klienta a porozumění jeho subjektivní zkušenosti. Dalším tématem, které

z rozhovorů vyplynulo, bylo **modelování (učení modelem)**. Poradce by dle dotázaných měl být tím, kdo vlastním příkladem klienty učí přiměřenému vyjadřování intenzivních emocí. Takovým vyjádřením může být rovněž pláč.

„*Pláč bychom neměli potlačovat. Viděl jsem poradce, kteří se o to pokoušeli, a výsledkem bylo, že ztratili kontakt s klientem a situací tady a teď. Navíc vytvářeli model, ve kterém klientovi ukazovali, že plakat není v pořádku a že ať už člověk prožívá cokoliv, není v pořádku sdílet to s ostatními, protože ti by se mohli cítit nepříjemně*“ (Matise, 2015, 35).

Pláč byl vnímán jako silný ukazatel **autenticity** v psychoterapeutickém vztahu. Pláč jako autentický projev prožívání může poradce přiblížit klientovi, ukázat, že poradce je také jen člověk a jako takový je schopen klientovi porozumět. Zároveň se ztotožňujeme s myšlenkou autora, že být autentický může pro každého z poradců (a každého z nás) představovat něco jiného a zahrnovat různé projevy chování a emocí (Matise, 2015).

Matise (2015) se ve svém výzkumu věnoval rovněž tomu, zda jsou poradci v rámci vzdělávání dostatečně připravováni na to, jak zacházet s emočně náročnými situacemi (v nichž může dojít i k jejich pláči) při práci s klienty. Více než polovina dotázaných se shodla v tom, že nebyli připravováni na tyto situace. Vyvstávala zde ale i otázka toho, zda je vůbec možné se na ně předem připravit.

Blume-Marcovici, Stolberg a **Khademi** (2015a) dále analyzovali data od participantů z předchozí studie (Blume-Marcovici et al., 2013), kteří měli vlastní zkušenost se slzami při práci s klientem (n = 411). Zaměřili se na poslední zážitek tohoto typu. K pláči docházelo nejčastěji při individuální psychoterapii (74 %), s klienty různého věku a různých diagnóz, obecně častěji s klientkami. Zajímavé ale je, že terapeutky plakaly častěji při práci s klientkami, zatímco u terapeutů nehrálo pohlaví klienta roli. Převážně byl pláč reprezentován pouze slzami v očích (89 %). Ty se objevovaly v různých fázích psychoterapie a trvaly jen krátce. Přibližně v polovině případů si dle názorů terapeutů jejich klient slz všimnul a v 73 % plakal v danou chvíli rovněž. Pláči nejčastěji předcházela diskuze o ztrátě, traumatu či ukončování psychoterapie. Nejčastějšími emocemi terapeutů, které pláč doprovázely, byly smutek (75 %), pocit dojetí (63 %) a vřelosti (33 %). Většina respondentů uvedla, že jim vlastní slzy nebyly nepříjemné a že vznikly jako autentická reakce na klienta, nikoliv na jejich osobní život. 39 % dotázaných s klientem o vlastních slzách mluvilo, což se ukázalo jako jeden z faktorů, které přispívaly k tomu, že vliv slz na psychoterapeutický vztah byl viděn pozitivně. Z další analýzy dat (Blume-Marcovici,

Stolberg, Khademi, & Giromini, 2015b) vyplývá, že přibližně třetina terapeutů po této zkušenosti vyhledala supervizi nebo konzultaci, nicméně více než dvě třetiny o tom s někým mluvili. Takřka úplná shoda (97 %) mezi terapeuty panovala v tom, že pláč terapeuta by mělo být téma do určité míry diskutované v rámci jejich procesu vzdělávání.

V loňském roce realizovali **Knox et al.** (2017) v této oblasti další kvalitativní studii. Dotazovali se doktorandů poradenské a klinické psychologie na jejich zkušenost s pláčem terapeuta, a to z obou stran – tedy s vlastním pláčem při práci s klientem i s pláčem svého terapeuta, když sami byli v roli klientů. Z osmnácti dotázaných mělo zkušenost s vlastním pláčem v roli terapeuta deset, zatímco zážitek opačné situace uvedlo šest z nich. Projev pláče byl převážně pouze v podobě slzení. Nejčastějším spouštěčem pláče bylo diskutování obtížné osobní události (např. smrt blízkého člověka či těžké onemocnění) a probírání ukončení psychoterapie. Dotázaní v takovou chvíli prožívali hluboké emoční spojení v psychoterapeutickém vztahu a domnívali se, že druhá strana to vnímala podobně. V roli terapeutů se emoce snažili mít pod kontrolou a objevovaly se i otázky přiměřenosti jejich pláče. Slzy byly terapeuty většinou vnímány jako projev empatie, nicméně pokud byli sami v roli terapeutů, cítili někteří i vliv vlastního protipřenosu. Tato událost z jejich pohledu posílila psychoterapeutický vztah a prohloubila psychoterapii díky větší ochotě klientů být otevření. Většina z nich o vlastních slzách mluvila se svým supervizorem. Přestože participanti slzy (jak své, tak svého terapeuta) vnímali jako reakci přiměřenou situaci, zpětně si přejí, aby o nich více mluvili a zjistili tak, jak je druhá osoba v psychoterapeutickém vztahu vnímala.

Zajímavé propojení pohledu na terapeutův pláč očima terapeutů a očima samotných klientů poskytla ve své dizertační práci **Caron-Besch** (2012). Realizovala online výzkumné šetření, kterého se zúčastnilo 106 terapeutů a 87 klientů. Jak u terapeutů, tak u klientů převažoval názor, že výskyt terapeutova pláče má na psychoterapii spíše pozitivní vliv. Názory na pláč terapeutů nebyly u terapeutů závislé na jejich pohlaví, věku, ani letech praxe. Vstřícnější pohled na terapeutův pláč poskytovali ti klienti, kteří byli v psychoterapii již delší dobu a měli dřívější osobní zkušenost s pláčem terapeuta. Dále se ukázalo, že kladnější postoje vykazují klienti se specifickými typy problémů – konkrétně klienti mající obtíže se zvládáním hněvu.

Přibližně každý třetí terapeut z výzkumného vzorku někdy před klientem při sezení plakal. Ze vzorku dotázaných klientů zažilo někdy svého terapeuta plakat pouze 5 %. Terapeutky

v psychoterapii plakaly častěji než terapeuti (což korespondovalo s častějším pláčem i v každodenním životě). Terapeuti s větším sklonem k pláči v osobním životě, plakali častěji i v životě profesním. Jako spouštěče vlastního pláče typicky uváděli terapeuti situace, kdy: (a) s nimi klient sdílel trauma či zážitek zneužívání; (b) klient mluvil o smrti a (c) s klientem mluvili o ukončení psychoterapie. Ve druhém a třetím bodě se toto shodovalo s příčinami terapeutova pláče, které vnímali klienti. Reakce klientů byly z pohledu terapeutů ve většině případů „pozitivní" (dojetí, oceňování), případně „neutrální" (především proto, že si daný klient slz nevšimnul). Pouze jeden terapeut uváděl „negativní" reakci (klient se začal terapeutovi omlouvat). Klienti popisovali rovněž převážně pozitivní vlastní reakce (např. pocit spojení, potvrzení, poctění), několik z nich ale zmiňovalo i pocity negativní (např. jim to bylo nepříjemné, trochu je to naštvalo apod.) (Caron-Besch, 2012).

Tritt, Kelly a **Waller** (2015) dále přispěli k porozumění pláči terapeutů z pohledu klientů. Dotazník vlastní konstrukce administrovaný online vyplnilo 188 dospělých, kteří byli v psychoterapii pro poruchy příjmu potravy. Výsledky ukázaly, že více než polovina klientů (105, z toho 103 žen) má zkušenost s pláčem terapeuta. Autoři neobjevili souvislost mezi věkem terapeuta a výskytem jeho pláče v přítomnosti klienta. „Pláč" byl dále kategorizován dle intenzity. Klienti měli nejčastěji zkušenost s tím, že terapeut „*vypadal nebo zněl, že nemá daleko k slzám*", méně často se setkávali s „*otevřeně projeveným pláčem, který byl terapeut ale schopen zvládnout*" a pouze zřídka referovali o „*pláči, který vedl k přerušení či ukončení sezení*". Klienti vnímali převážně pozitivní vliv pláče terapeuta na psychoterapii (pokud terapeut „*plakal s mírou*" – tedy toto již neplatilo u „*pláče, který vedl k přerušení či ukončení sezení*"). Z jejich pohledu měl největší vliv na jejich respekt k terapeutovi, vlastní ochotu vyjadřovat v psychoterapii emoce a ochotu v psychoterapii setrvat i nadále. Klienti chápali terapeutův pláč především jako projev porozumění, vžití se do jejich příběhu. Nicméně jejich vnímání souviselo s celkovým vnímáním osobnosti terapeuta. U terapeutů, kteří byli viděni klienty spíše negativně (např. znuděný, úzkostný, zlostný), hodnotili klienti jejich pláč jako škodlivý pro psychoterapii a negativně ovlivňující jejich ochotu vyjadřovat emoce, pokračovat v psychoterapii či vyhledat ji v budoucnu znovu. Pláč v takovém případě interpretovali tak, že za něj mohou oni, případně že má terapeut problém v osobním životě. Jednalo se nicméně pouze o korelace, takže není jasné, zda klientovo vnímání terapeuta ovlivňuje hodnocení terapeutových slz, anebo terapeutovy slzy mají vliv na to, jak ho klient celkově

vnímá. Za limit tohoto výzkumu lze považovat především výzkumný soubor, úzce zaměřený pouze na klienty trpící poruchami příjmu potravy a v souvislosti s tím také nevyvážený z hlediska pohlaví.

Rovněž **Pendleton** (2015) se rozhodla prozkoumat pláč terapeutů v psychoterapii očima jejich klientů. Zaměřila se konkrétně na to, jak dle klientů pláč ovlivnil psychoterapeutický proces a vztah klient-terapeut. Zvolila kvalitativní výzkumný design, založený na polostrukturovaných interview. Výzkumný soubor tvořilo osm žen ve věku mezi třinácti a sedmnácti lety, které byly klientkami léčebného zařízení ve státě Utah a které zažily alespoň jednou situaci, kdy jejich terapeut plakal (jednalo se o několik různých terapeutů daného zařízení). Část (šest z osmi) klientek hodnotila pláč svého terapeuta jako přínosný pro psychoterapii a psychoterapeutický vztah, zatímco část ho vnímala spíše jako škodlivý. Klientky v souvislosti s pozitivy vlastní zkušenosti s pláčem terapeuta zmiňovaly především, že (a) došlo k prohloubení psychoterapeutického vztahu (skrz pocit blízkosti, vyjádření zájmu, …); že (b) pro ně tato zkušenost byla určitým bodem zlomu, který jim pomohl dostat se v psychoterapii hlouběji; a že (c) pláč terapeuta vnímaly jako projev odvahy, což jim dodalo odvahu projevit také vlastní emoce. Na druhou stranu klientky, které terapeutův pláč vnímaly jako škodlivý, uváděly, že (a) pláč terapeuta vedl k prohození rolí, kdy cítily, že by se měly o terapeuta postarat, což v nich vyvolalo negativní emoce; že (b) měly poté tendenci k zaujetí odstupu od psychoterapie, především z důvodu obav, aby terapeuta znovu nerozplakaly; a že (c) se již necítily v psychoterapii příjemně.

Studie poskytuje dle našeho názoru zajímavé výpovědi několika klientek. Přestože větší část klientek viděla v terapeutově pláči spíše pozitivní efekty na vlastní psychoterapii, vzhledem ke kvalitativnímu charakteru studie nelze generalizovat žádné závěry. Lze si ale odnést myšlenku, že pláč terapeuta může mít na různé klienty různý efekt – to, co je pro jednoho pozitivní bod zlomu v psychoterapii, může být pro jiného důvod k jejímu ukončení. A nejen to, z výpovědi jedné klientky, která vnímala pláč terapeutky jako něco velmi negativního, lze vypíchnout taktéž důležitost aspektu času, resp. stupně, ve kterém se psychoterapie nachází: „*Ona* [terapeutka] *se zkrátka pokoušela přiblížit se mi na úrovni, na kterou jsem ještě nebyla připravená*“ (Pendleton, 2015, 27). V souvislosti s individualitou reakce každého klienta Pendleton (2015) zdůrazňuje, že je velmi důležité, aby terapeut o svých slzách s klientem mluvil a ptal se ho, jak situaci vnímá. To může zmírnit případný negativní dopad na klienta.

4.2 Pláč terapeutů v českém prostředí

Pokud je nám známo, v České republice dosud neproběhl výzkum zaměřující se přímo na pláč terapeuta při psychoterapii s klientem. V rámci diplomových prací bylo realizováno několikero výzkumů prožívání terapeutů při práci se specifickými klienty, například klienty sebevražednými (Hovězáková, 2013), s patologickými hráči (Gubaniová, 2013), klienty se schizofrenií (Žaloudková, 2013), klienty s hraniční poruchou osobnosti (Štefánková, 2014), klienty s onkologickým onemocněním (Sigmundová, 2014) či klienty s poruchami příjmu potravy (Říkalová, 2015). Ač tyto práce nepopisují přímo pláč terapeuta, dokládají, že terapeuti při práci s konkrétními klienty zažívají v různé míře negativní či pozitivní silné emoce, jmenovitě například frustraci, vztek, nejistotu, obavy, bezmoc, pocity nedostačivosti až selhání, vyčerpání, smutek, soucit, ale i pocity sebejistoty a radosti. Jiné práce zaměřující se na různorodá témata obsahují i zmínku o pláči pomáhajícího pracovníka. Sociální pracovnice v rámci výzkumu **Novákové** (2015) uváděly pláč jako jednu z forem ventilace vlastních pocitů plynoucích z kontaktu s klientem. Pláč ale následoval až po jeho odchodu. **Michálková** (2017) prováděla rozhovory s pomáhajícími pracovníky v domovech pro seniory. Téma pláče pomáhajícího se zde objevovalo v souvislosti s rychlou, nečekanou smrtí klienta, kdy pláč byl vyjádřením šoku a překvapení. Dle výzkumu **Bojkové** (2012) není při práci s ženskými oběťmi domácího násilí pláč pomáhajícího vhodný a někteří pomáhající ho vnímají jako známku neprofesionality či dokonce expertního selhání. Zároveň ale autorka uvádí, že za určitých okolností může pláč pomáhajícímu přidat na věrohodnosti a posílit vztah s klientem. Zdůrazňuje však, že takový pláč musí být dobře ošetřený a reflektovaný, přičemž se nabízí i případné využití intervize či supervize. V práci **Stromské** (2013) se jeden z klientů terapeutické komunity setkal s pláčem terapeuta, který byl zasažen klientovým sdělením. Z vyjádření klienta vyplynulo, že mu bylo nepříjemné vidět svého terapeuta plakat. Zaměstnanci hospiců v rámci diplomové práce **Šanderové** (2013) uváděli, že se nebojí vyjádřit své emoce před klienty. To v určitých situacích dle jejich názoru platí i pro slzy, v přiměřené intenzitě. Člověk si ale musí zachovat odstup a být schopen zvážit vhodnost vyjádření dané emoce (či pláče) v konkrétní situaci s ohledem na klienta a jeho blízké. **Michňová** (2013) se ve své diplomové práci, zaměřené na psychoterapii u dětí vyrovnávajících se se ztrátou blízkého člověka, zmiňuje o jedné terapeutce, která vyjádřila svou lítost společným pláčem s dětským klientem. Tento případ označuje autorka za „atypický“ a uvádí, že všichni terapeuti v rámci jejího výzkumu se shodují, že: „*v běžné*

praxi by emoce terapeuta neměly zasahovat do procesu psychoterapie a terapeut by měl být emočně nezaujatý“ (Michňová, 2012, 77). Zmíněná terapeutka vlastní pláč sama za atypický označila, ale zároveň ho vnímala jako velmi účinný moment v dané psychoterapii, přínosný pro obě strany. Jednalo se o dlouhodobého klienta, se kterým měla vytvořený blízký psychoterapeutický vztah. **Plchová** (2017) se věnovala kvalitativní analýze reflektivně-responzivní kapacity (schopnost přemýšlet o zkušenosti a porozumět jí) frekventantů Výcviku integrace v psychoterapii. Okrajově se zde objevila zmínka o pláči terapeutů, kdy jedna z terapeutek ve své závěrečné práci napsala, že ji trochu překvapilo a velmi potěšilo zjištění, že pláč v různých kontextech a situacích není mezi terapeuty ničím zvláštním. Není ale zcela jasné, zda mluví konkrétně o pláči v přítomnosti klienta. **Procházka et al.** (2014) v souvislosti s tzv. „*dojemným pláčem*“ uvádí, že k němu může docházet v rámci poradenského procesu na straně klienta i poradce a že jde obvykle o silné momenty konzultací.

4.3 Co tedy doposud „(ne)víme“ o slzách terapeutů při práci s klienty?

Na základě rešerše dosud proběhlých výzkumů lze říci, že většina terapeutů takovou zkušenost má, i když konkrétní čísla se poměrně liší. Pohybují se mezi 33 % (Caron-Besch, 2012) a 87 % (‘t Lam, 2011), což je pravděpodobně ovlivněno konkrétní výzkumnou strategií, volbou výzkumného souboru, definicí samotného „pláče“ apod. Každopádně se nejedná o ojedinělý zážitek. Zároveň je vlastní pláč ale něco, s čím se terapeuti nesetkávají každý den. Objevuje se cca v 7 % všech sezení (Blume-Marcovici et al., 2013). Projev pláče bývá minimální, jedná se převážně o slzení (např. Knox et al., 2017; Tritt et al., 2015; Blume-Marcovici et al., 2013; aj.). Rozpětí počtu klientů, kteří uvádí, že zažili vlastního terapeuta plakat, je rovněž široké, od 5 % (Caron-Besch, 2012) až po více než 50 % (Tritt et al., 2015).

Jsou slzy spojeny s určitými charakteristikami terapeuta? Co do **pohlaví terapeuta**, výsledky zatím nejsou příliš jasné – některé studie uvádí, že na něm nezáleží (Blume-Marcovici et al., 2013), další udávají, že častěji pláčou terapeutky-ženy (Caron-Besch, 2012) a jiné, že je tomu naopak (‘t Lam, 2011). Výzkumy se shodují, že slzy se více objevují u terapeutů s **delší praxí** (Blume-Marcovici et al., 2013; Matise, 2015). Zdá se, že frekvence pláče není spojená s osobnostními charakteristikami terapeuta, ani mírou empatie. Naopak se ukazuje určitá souvislost s **teoretickou orientací terapeuta**, kdy u kognitivně-behaviorálních terapeutů se slzy vyskytují méně (Blume-Marcovici et al.,

2013). Rovněž co se týká názorů terapeutů na pláč, objevuje se vliv teoretického přístupu, kdy terapeuti vycházející z psychoterapie zaměřené na klienta pláč hodnotí kladněji (při srovnání s kognitivně-behaviorálními terapeuty) (‘t Lam, 2011).

Jako časté **situace, ve kterých se objevují slzy terapeutů**, terapeuti uvádí různé formy ztráty na straně klienta (např. úmrtí blízkého člověka, závažné onemocnění apod.) (např. Waldman, 1995; Knox et al., 2017; aj.), zážitky traumatu či zneužívání (např. Caron-Besch, 2012; Blume-Marcovici et al., 2015a; aj.) a probírání ukončování psychoterapie (např. Nelson, 2005; Caron-Besch, 2012; Blume-Marcovici et al., 2015a; aj.). V některých situacích se pláč objevuje v souvislosti s terapeutovou empatickou reakcí na klienta. V jiných, méně častých, případech se však jedná též o věci související s osobním životem terapeuta, které s konkrétním klientem příliš nesouvisí (Waldman, 1995; Matise, 2015; Knox et al., 2017).

Pláč je převážně vnímán terapeuty pozitivně, jako přiměřený, i když diskutovány jsou i různé negativní dopady. V **pozitivním směru** může pláč terapeuta napomoci posílení psychoterapeutického vztahu, a to například díky vnímání slz jako projevu empatie a porozumění, zájmu, podpory a autenticity terapeuta (např. Waldman, 1995; Nelson, 2005; Blume-Marcovici et al., 2013; aj.). Ke zlepšení vztahu skutečně došlo dle 46 % terapeutů, kteří mají vlastní zkušenost pláče. Dalších 53 % dotázaných se domnívalo, že se ve vztahu nic nezměnilo a méně než 1 % terapeutů uvedlo, že se zhoršil (Blume-Marcovici et al., 2013). Pláč terapeuta může rovněž normalizovat reakci pláče a podpořit klienta ve vyjadřování vlastních emocí (např. Ramsahoye, 2014; Matise, 2015; aj.). **Negativním důsledkem** může být převrácení rolí, kdy klient má pocit, že by měl pečovat o terapeuta. Terapeutův pláč může v klientovi také vyvolat negativní pocity (např. úzkost, vinu, rozpaky apod.) či pochyby ohledně stability terapeuta a jeho schopnosti zvládnout klientovy emoce (např. Waldman, 1995; Blume-Marcovici et al., 2013; aj.). Pro některé terapeuty je důležitým faktorem také to, zda současně pláče i samotný klient. V takovém případě vnímají vlastní pláč jako přijatelnější (Curtis et al., 2003). Ve více než 70 % případů se skutečně pláč terapeuta objevuje ve chvílích, kdy pláče i klient (Blume-Marcovici et al., 2015a). **Pro klienty** je pláč terapeuta leckdy velmi důležitým momentem v psychoterapii (Sussman, 2001; Pendleton, 2015). V jejich hodnocení dopadů pláče pak rovněž převažují pozitivní reakce, ale u některých se objevují i reakce negativní. Lze říci, že v obou směrech v mnohém kopírují možné důsledky, které vnímají terapeuti (Caron-Besch, 2012; Pendleton, 2015; Tritt et al., 2015). Obě strany pak považují za

klíčové, zda se jedná o terapeutovu reakci na klienta (resp. zda tak klient situaci vnímá), nebo zda dominují motivy s klientem nesouvisející (Waldman, 1995; Matise, 2015).

4.4 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi se obecně ubírají směrem větší diskuze o tomto fenoménu v rámci psychoterapeutických výcviků, supervizí apod. (např. Ramsahoye, 2014; Matise, 2015; Blume-Marcovici et al., 2015b; aj.). Blume-Marcovici, Schraufnagel, Khademi a Stolberg (2017) vytvořili sérii doporučení, jakým způsobem lze v rámci výcviků a supervizí se slzami terapeuta pracovat, zaměřených na porozumění vlastním slzám, práci se slzami klienta i těmi vlastními. Dále se mnozí autoři (např. Matise, 2015; Pendleton, 2015; Knox et al., 2017; aj.) shodují v tom, že by terapeut měl být otevřený rozhovoru o takovém okamžiku s klientem, měl by diskuzi sám iniciovat, ověřit si, jak daný moment klient vnímal a pomoci klientovi reakci terapeuta porozumět. Blume-Marcovici et al. (2017) poskytují následující doporučení:

- Reakce terapeuta na vlastní slzy může mít podobu pouhého **konstatování vlastních pocitů** (např. dojalo mne to, o čem mi povídáte). Hlubší diskuze o slzách a jejich významu je na místě, pokud může být prospěšná pro klienta (např. u klientů, kteří se sami emocím vyhýbají nebo mají potíže s intimitou, …).
- Důležité je, aby **pozornost zůstávala soustředěná na klienta** – byly-li slzy vyvolány něčím z osobního života terapeuta, může stačit slzy jen krátce konstatovat – v každém případě je dobré zvažovat, do jak velkého sebeodhalení se pouštět.
- Někdy není nutné rozebírat slzy terapeuta ve chvíli, kdy k nim dojde (naopak to leckdy může narušit daný moment, obzvlášť pokud klient pláče rovněž a prožívá silné emoce), **diskuzi lze odložit** na později či na následující sezení.
- Pokud terapeut cítí, že by jeho pláč byl pro klienta rušivý, může se pokusit slzy v danou chvíli potlačit, ale **dát jim volný průběh později**, neboť mohou být nositeli užitečné informace o klientovi či terapeutovi samotném.

Významným aspektem je **čas**. Při zacházení s vlastními slzami a jejich zpracovávání s klientem je důležité zvažovat, jak daleko v psychoterapii jsme, resp. zda je již dostatečně navázaný psychoterapeutický vztah (Nelson, 2005).

Za přínosné považujeme rovněž doporučení pro praxi, které poskytuje Caron-Besch (2012, 78). Píše, že: „*pokud se Vám chce plakat, tak plakejte, ale buďte připraveni poté znovu obrátit pozornost ke klientovi, pokud se vlivem pláče zacílí na Vás*“. Terapeutovy slzy nejsou ani špatné ani dobré, ale spíš nabízející potenciál. Mohou poskytnout cenné informace o klientovi, terapeutovi samotném či psychoterapeutickém vztahu, vždy si ale žádají sebereflexi a snahu porozumět jim (Brandell, 2017). Teoretickou část této diplomové práce uzavřeme parafrázovaným konstatováním Nelson (2005), totiž že pláč terapeuta je něco tak komplexního, že mu v konečném důsledku lze porozumět pouze **v kontextu konkrétního psychoterapeutického vztahu**, a i konečné rozhodnutí o tom, jak s ním naložit, záleží na zvážení terapeuta.

Empirická část

5 Vymezení výzkumného problému

V této kapitole se budeme věnovat stanovení výzkumného problému, cílů výzkumu a výzkumných otázek. **Výzkumným problémem** je, jaké mají čeští terapeuti názory na pláč terapeutů při psychoterapii s klientem a jaké jsou jejich osobní zkušenosti s ním. Pláč terapeutů v rámci psychoterapie je oblast v českém prostředí dosud nezkoumaná, což by nám neumožnilo stanovit si adekvátně podložené hypotézy. Zároveň jsme se ale chtěli na toto téma podívat z pohledu širšího vzorku terapeutů a zjistit také, v jakém procentu se pláč vyskytuje. Proto jsme zvolili **design kvantitativní** s deskriptivním charakterem. Metodologicky se jedná o neexperimentální výzkumnou studii, konkrétně orientační výzkum, jehož cílem je dle Ferjenčíka (2000, 123) „*vykonat sondu – někdy velmi hlubokou a důkladnou – získat žádoucí vhled do nějaké skutečnosti, která nás zajímá a o níž zatím víme velmi málo nebo vůbec nic*“.

Za hlavní **cíl** výzkumné studie jsme si tedy stanovili **deskripci** fenoménu pláče terapeuta při psychoterapeutické práci s klientem v českém prostředí. Dílčím cílem je pak **nalezení potenciálních vztahů** mezi pláčem terapeutů a některými demografickými a jinými charakteristikami na straně terapeuta, které mohou naznačit možný směr dalších zkoumání.

Pro bližší porozumění našim cílům považujeme v první řadě za důležité vymezení zásadních pojmů, za něž považujeme „**pláč**“, „**psychoterapie**“ a „**terapeut**“. Tématu pláče a jeho definování se věnujeme v teoretické části této práce. Pro účely prezentované výzkumné studie jsme se rozhodli opřít se o definici „pláče“ ve znění „*tears in one's eyes due to emotional reasons*” (Vingerhoets & Becht, 1996, in Vingerhoets & Cornelius, 2001, 303), neboli v našem českém překladu: „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“.

„Psychoterapií“ rozumíme „*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce anebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí*“ (Prochaska & Norcross, 1999, 16). „Terapeut“ je pak v našem chápání člověk, který: (a) absolvoval minimálně jeden akreditovaný psychoterapeutický výcvik (nebo je alespoň aktuálně frekventantem takového výcviku) a zároveň (b) má alespoň jeden rok praxe v poskytování psychoterapie (více k vymezení osoby terapeuta viz kapitola č. 7: Charakteristiky zkoumané populace a výběrového souboru).

V rámci výše uvedené deskripce tohoto fenoménu jsme se rozhodli zaměřit na to, jaké názory mají terapeuti na pláč v roli terapeuta v procesu psychoterapie a jeho možné dopady. Dále se chceme dozvědět, jaké procento terapeutů má zkušenost s vlastním pláčem v přítomnosti klienta a zda se u těch, kteří tuto zkušenost mají, jedná o výjimečnou událost, ke které dochází pouze zřídka, anebo o něco naprosto běžného. Zajímá nás například charakter tohoto pláče (délka, intenzita apod.) a situací, ve kterých k němu dochází. Rovněž chceme zjistit, jaký dopad vlastních slz vnímají ti, kteří mají s tímto reálnou zkušenost. Další okruh našeho zájmu se týká vnímané připravenosti terapeutů na takové situace – a případných způsobů, jak na ně byli připravováni (výcviky, supervize, …) a pokud takovou zkušenost mají, jak reagovali. V neposlední řadě bychom se rádi blíže podívali na to, jestli terapeutův pláč má vztah k některým demografickým a jiným charakteristikám (pohlaví, věk, směr psychoterapeutického výcviku aj.).

V souvislosti s výše popsanými cíli výzkumu jsme si vymezili následujících **šest výzkumných otázek**. Prvních pět z nich má deskriptivní charakter, při zpracovávání poslední výzkumné otázky jsme využili i inferenční statistiku.

I. *Jaké názory mají terapeuti na pláč terapeutů při psychoterapeutické práci s klientem?*
II. *Vyskytuje se v České republice fenomén pláče terapeuta v psychoterapii?*
III. *V jakých situacích terapeuti v psychoterapii pláčou?*
IV. *Jak vnímají vlastní slzy a jejich dopad terapeuti, kteří s nimi mají konkrétní zkušenost?*
V. *Jsou terapeuti připraveni na to, jak nakládat s vlastními slzami v psychoterapii a jak s nimi reálně nakládají, když se to stane?*
VI. *Souvisí pláč terapeuta v psychoterapii s některými jinými proměnnými na straně terapeuta?*

6 Využité výzkumné metody a způsoby zpracování dat

Ke sběru dat jsme využili dotazník TCIT Survey (Blume-Marcovici, 2012), který byl použit k výzkumu pláče terapeutů v USA. Nyní dotazník popíšeme.

Dotazník je složen ze dvou částí (TCIT Survey 1 a TCIT Survey 2 – Therapist crying in therapy). Obě byly vytvořeny za účelem zjištění zkušeností a názorů terapeutů ve vztahu k pláči terapeuta v psychoterapii. Autory jsou Amy C. Blume-Marcovici, Ronald A. Stolberg a Mojgan Khademi.

TCIT 1 má v originální verzi 40 položek. Obsahuje otázky alternativní, multiple choice či otázky s volbou odpovědi na škále. Je určen všem respondentům. Zaměřuje se na ohodnocení všeobecného sklonu daného jedince k pláči v běžném životě, názory na psychoterapii, názory na pláč terapeuta v psychoterapii, jeho pravděpodobné účinky na psychoterapii a postoje k pláči klientů. Zjišťuje rovněž výskyt konkrétních projevů pláče při psychoterapii za poslední čtyři týdny a v posledním roce, pomocí čehož lze spočítat hodnotu tzv. Frekvence pláče („*4-Week TCIT Frequency Ratio*“). Konkrétně je vyjádřena jako poměr sumy sezení, ve kterých došlo k pláči (resp. kdy měli terapeuti slzy v očích, anebo slzy v očích a na tvářích/v obličeji) ku všem realizovaným sezením, a to za poslední čtyři týdny. Poslední otázka této části dotazníku je filtrační a vztahuje se k tomu, zda a do jaké míry mají terapeuti osobní zkušenost s vlastním pláčem („*Ve své roli terapeuta jsem během psychoterapie s klientem plakal/a*“). Tato položka tvoří tzv. Míru zkušenosti s pláčem („*TCIT Tendency Scale*“). Terapeuti ji hodnotí na pětistupňové škále (*Nikdy – Zřídka – Někdy – Často – Velmi často*).

TCIT 2 se v originálu skládá z 50 položek, které jsou předloženy jen těm terapeutům, kteří tuto zkušenost mají (tedy neodpověděli „Nikdy“), a cílí již více na konkrétní otázky spojené s osobním zážitkem pláče. Obsahuje otázky na vlastní pláč v psychoterapii obecně i na okolnosti doprovázející poslední takovou epizodu pláče (kdy k ní došlo, intenzitu pláče, jak dle terapeutů ovlivnil psychoterapeutický vztah, jak s ním naložili apod.). V originále tato část obsahuje rovněž otevřenou otázku, v níž terapeuti mají poslední takovou epizodu popsat vlastními slovy co nejdetailněji. Tu jsme však do české verze nakonec nezařadili.

Dotazníky v originálu obsahují **několik škál** pro měření různých aspektů pláče terapeuta. Blume-Marcovici (2012) uvádí, že za využití konfirmační faktorové analýzy (metody

hlavních komponent) byly nalezeny čtyři faktory, a to: Náchylnost k pláči („*TCIT Proneness*“), Postoj k pláči terapeuta („*Attitude toward TCIT*“), Míra komfortu ohledně pláče („*Comfort with TCIT*“) a Supervize/výcvik ve vztahu k pláči („*The Supervision/Training in TCIT*“). Za využití analýzy reliability pak byly objeveny další dvě škály: Přístup k psychoterapii („*The Therapeutic Stance Scale*“) a Míra kontrolovatelnosti a záměrnosti pláče („*The Control and Intention in TCIT Scale*“), které byly následně ověřeny pomocí konfirmační faktorové analýzy. Škály dále popíšeme.

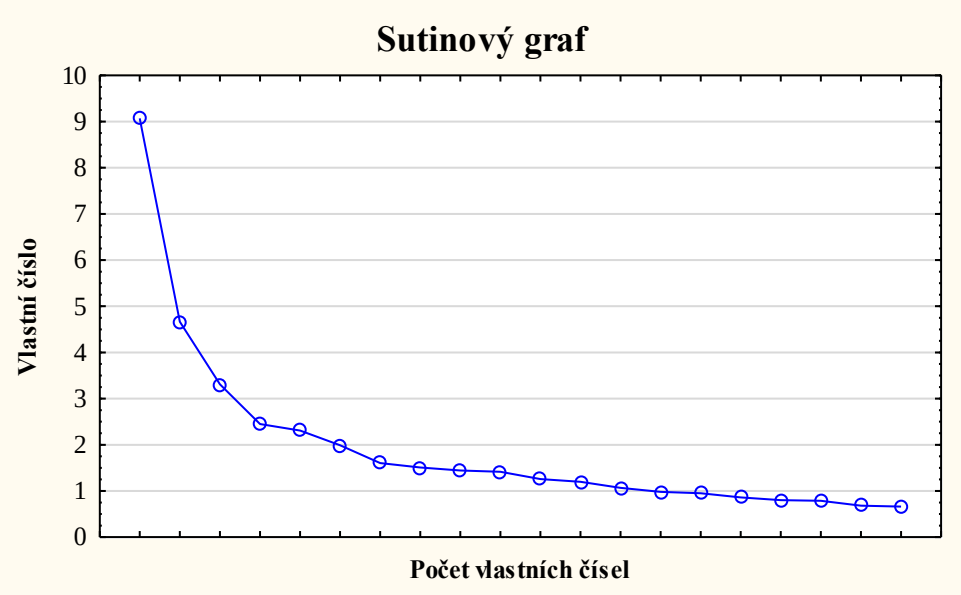
Škálu „***Náchylnost k pláči***“ (Cronbachova $\alpha = 0{,}92$) tvoří šestnáct položek TCIT 2 reprezentovaných konkrétními situacemi, v nichž může dojít k pláči terapeuta (např. „*Při ukončování psychoterapie s dlouhodobým klientem nebo klientem, s nímž jste měl/a mimořádně silný vztah*“, „*Když se cítíte pohnutý/á nebo dojatý/á příběhem klienta*“ aj.). Terapeuti odpovídají na otázku „*Jak často pláčete v následujících situacích?*“ a každou ze situací hodnotí na sedmistupňové škále (*Nikdy – Velmi zřídka – Zřídka – Někdy – Často – Velmi často – Vždy*). Škála „***Postoj k pláči terapeuta***“ (Cronbachova $\alpha = 0{,}86$) je tvořena sedmi položkami TCIT 1 (např. „*Terapeutův pláč během sezení psychoterapii narušuje*“ či „*Terapeut by měl vynaložit veškeré úsilí, aby při psychoterapii neplakal*“), na které terapeuti odpovídají pomocí sedmibodové stupnice. Vyšší skóry v této škále reprezentují kladnější postoj k pláči terapeuta (že je pláč přijatelný, prospěšný), zatímco nižší skóry postoj negativnější. „***Míra komfortu ohledně pláče***“ (Cronbachova $\alpha = 0{,}86$) se skládá ze čtyř položek TCIT 2 (např. „*Mé slzy mi byly příjemné*“ nebo „*Mé slzy byly omyl*“), cílí pouze na ty terapeuty, kteří mají s pláčem osobní zkušenost a zaměřuje se na to, jak se cítili ohledně vlastního pláče. Vyšší skór značí, že terapeut se cítil komfortně a pláče nelitoval. Škála „***Supervize/výcvik ve vztahu k pláči***“ (Cronbachova $\alpha = 0{,}70$) zahrnuje celkem sedm položek, přičemž čtyři jsou součástí TCIT 1 a tři náleží do TCIT 2 (např. „*Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní pláč při psychoterapii*“ či „*Byl/a jsem připraven/a na to, jak zacházet s vlastním pláčem v psychoterapii*“), a zjišťuje míru terapeuty vnímané připravenosti na pláč a zkušenosti s tématem pláče v supervizi či ve výcviku. Vyšší skóry značí, že terapeut se cítil na vlastní pláč předem připravený, že se s tímto tématem setkal ve výcviku, o pláči diskutoval se supervizorem apod. „***Přístup k psychoterapii***“ (Cronbachova $\alpha = 0{,}63$) obsahuje deset položek (např. „*Věřím, že je pro terapeuta důležité být v psychoterapii opravdový*“ nebo „*Terapeutův pláč při psychoterapii je příkladem sebeodhalení*“) a reflektuje názory terapeutů na témata neutrality a sebeodhalení v psychoterapii. Vyšší

skóry zde reprezentují větší důraz na sebeodhalení terapeuta a menší důraz na jeho neutralitu. A nakonec „***Míra kontrolovatelnosti a záměrnosti pláče***“ (Cronbachova α = 0,68) pomocí pěti položek (např. „*Své slzy jsem měl/a pod kontrolou*“ či „*Byl/a jsem zaskočen/a, když jsem plakal/a při psychoterapii*“) zjišťuje, zda terapeuti věří, že pláč je pod jejich vědomou kontrolou. Jedna položka této škály náleží do části TCIT 1 a zbylé čtyři do části TCIT 2. Vyšší skóry ukazují silnější přesvědčení, že terapeutův pláč je úmyslný a že je pod jeho vědomou kontrolou.

Se svolením autorů jsme **dotazník přeložili**. Dotazník byl prvně přeložen z původní anglické verze do českého jazyka dvěma překladateli. Třetí překlad provedla sama autorka této diplomové práce. Tyto tři překlady byly následně porovnány a byla vytvořena jedna verze dotazníku. Ta byla zaslána jiné překladatelce ke zpětnému překladu do anglického jazyka. Výsledný překlad byl porovnán s původní verzí dotazníku, za konzultací s překladateli došlo k úpravě nesrovnalostí a byla vytvořena finální česká verze dotazníku. Následně proběhla korekce několika položek. Poté byla **realizována pilotní studie** u čtyř terapeutů, kteří se aktivně věnují poskytování psychoterapie, abychom ověřili srozumitelnost jednotlivých položek, určitých termínů a dostatečné pokrytí různých témat. Po pilotní studii byly některé položky vyřazeny, neboť jsme je shledali za nedostatečně srozumitelné, nerelevantní pro české prostředí, případně nadbytečné. Po úpravách se česká verze dotazníku TCIT 1 skládá z 35 otázek a TCIT 2 ze 43 otázek.

Na sebraných datech jsme pomocí programu Statistica **provedli metodu hlavních komponent** (s rotací typu varimax normalizovaný), abychom si ověřili, že faktorová struktura zůstává stabilní i po překladu do českého jazyka. Využili jsme metodu hlavních komponent namísto faktorové analýzy metodou hlavních os, neboť jsme se chtěli co nejvíce přiblížit postupu, který provedli autoři při tvorbě dotazníku. I přes shodu několika překladatelů při překladu je nutné konstatovat, že faktorová struktura zcela zachována nebyla. Námi zobrazený sutinový graf naznačuje, že ideální by bylo zvolit faktory tři, případně pak šest.

Obr. č. 1: Sutinový graf



Autoři originálu dotazníku mluví o čtyřech faktorech a dalších dvou doplňkových (Blume-Marcovici, 2012). Zkusili jsme tedy, jak bude vypadat každé z daných tří řešení (3faktorové, 4faktorové a 6faktorové). Musíme konstatovat, že při každém z řešení se původní faktorová struktura rozpadá. Jediným faktorem, který drží strukturu napříč různými řešeními, je faktor „*Náchylnost k pláči*“. Ostatní faktory nelze spolehlivě ověřit. **Vnitřní konzistence** jednotlivých škál, jak je popisují autoři, zůstala i po překladu u většiny z nich poměrně silná.

1) „*Náchylnost k pláči*“, kde byly v české verzi všechny položky zachovány (Cronbachova α = 0,91; N = 114);
2) „*Postoj k pláči*“, ze které byla jedna položka vyřazena, a škála se tak skládá ze šesti položek (Cronbachova α = 0,88; N = 144);
3) „*Míra komfortu ohledně pláče*“, bez redukce položek (Cronbachova α = 0,84; N = 114);
4) „*Supervize/výcvik ve vztahu k pláči*“, rovněž se zachováním všech položek (Cronbachova α = 0,70; N = 114);
5) „*Přístup k psychoterapii*“, s vyloučením jedné položky (Cronbachova α = 0,68; N = 114); [2]

[2] Ze zpětné vazby některých terapeutů vyplývá, že si nebyli jisti tím, co přesně je míněno pojmy „sebeodhalení“, „neutralita“ apod., které jsou součástí položek této škály. Z teoretické části této diplomové práce, kde jsme se věnovali prvnímu uvedenému, je rovněž patrné, že definice tohoto pojmu je poněkud problematická.

6) „*Míra kontrolovatelnosti a záměrnosti pláče*“, se zachováním všech položek (Cronbachova α = 0,54; N = 114).

Z vyzkoušených řešení nejpřesvědčivěji působí to se šesti faktory, které vysvětluje 51 % variability. Přesto se ale výrazně odlišuje od výsledků metody hlavních komponent z původní verze dotazníku. Faktory „*Postoj k pláči*“ a „*Míra komfortu ohledně pláče*“ se slučují do jednoho faktoru. Zároveň oproti původnímu řešení zde vzniká jeden nový faktor, který je tvořen položkami, které by měly být součástí jiných faktorů. Faktory „*Supervize/výcvik ve vztahu k pláči*“ a „*Míra kontrolovatelnosti a záměrnosti pláče*“ by byly použitelné v případě vyřazení jedné položky. Pro nepřesvědčivé výsledky metody hlavních komponent jsme se rozhodli k výpočtům využít pouze škálu „*Náchylnost k pláči*“, která byla v rámci všech řešení dobře patrná a má i vysokou vnitřní konzistenci. Položky některých z dalších škál využijeme pouze deskriptivně.

Faktor „*Náchylnost k pláči*“ (vlastní číslo = 9,07) je tvořen šestnácti položkami, které dohromady vysvětlují 15 % celkového rozptylu. Níže uvádíme znění jednotlivých položek spolu s jejich faktorovými náboji.

Tab. č. 2: Náchylnost k pláči – faktorové zátěže

Znění položky	Faktorový náboj
Když v psychoterapii dojde k zásadnímu zlomu	0,77
Když klient náhle něčemu v psychoterapii porozumí nebo dosáhne vhledu	0,75
Když Vy při psychoterapii dojdete k nějakému odhalení nebo porozumění, pokud jde o klienta	0,72
Při ukončování psychoterapie s dlouhodobým klientem nebo klientem, s nímž jste měl/a mimořádně silný vztah	0,70
Když klient vyjádří velkou vděčnost za vaši společnou psychoterapeutickou práci	0,68
Když vidíte klienta plakat	0,68
Když před klientem vyjadřujete vlastní pocity vůči němu	0,66
Když slyšíte klienta popisovat vlastní růst či sílu při překonávání nepřízně osudu	0,65
Když klient nevyjadřuje žádné emoce v situaci, která by běžně emocionální reakci evokovala	0,63
Když se cítíte pohnutý/á nebo dojatý/á příběhem klienta	0,62
Když jste svědkem klientova utrpení	0,60
Když se během sezení cítíte zaplaven/a emocemi	0,58
Když se během sezení cítíte unavený/á nebo nemocný/á	0,56
Když si během sezení s klientem připomenete svou vlastní smutnou zkušenost	0,56
Když slyšíte klientův smutný příběh	0,52
Když jste byl/a smutný/á nebo dojatý/á z důvodů, které nebyly spojené se sezením	0,45

Ke zjištění demografických a dalších doplňujících údajů jsme využili **dotazníku vlastní konstrukce**. Obsahoval celkem sedmnáct otázek. Zajímalo nás následující: pohlaví participantů, jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání a obor studia, kraj a velikost města (interval) působiště, počet let praxe v psychoterapii, jaký/é psychoterapeutický/é výcvik/y absolvoval/a (a který považuje za klíčový), jaký/é psychoterapeutický/é směr/y je/jsou mu/jí v současnosti nejblíže, jaký/é druh/y psychoterapie poskytuje, věková kohorta cílové populace klientů, typ nejčastěji řešené problematiky, oblast specializace, typ/y zařízení, ve kterém/ých působí dle resortní působnosti. Rovněž jsme participanty žádali o odhad přibližného počtu psychoterapií za týden.[3]

[3] S přesnou podobou překladu dotazníků TCIT 1 a TCIT 2 i dotazníku vlastní konstrukce se čtenář může seznámit na konci této práce v sekci Přílohy.

7 Charakteristiky zkoumané populace a výběrového souboru

V následující kapitole popíšeme cílovou populaci výzkumu, výběrový soubor a způsob jeho výběru.

V tomto výzkumu tvoří **cílovou populaci** terapeuti působící v České republice. Za terapeuta považujeme člověka, který má alespoň jeden rok praxe v poskytování psychoterapie a absolvoval akreditovaný psychoterapeutický výcvik, případně je aktuálně jeho frekventantem. Akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem rozumíme takový výcvik, který naplňuje „Kritéria pro akreditace komplexních vzdělávacích programů v psychoterapii pro zdravotnictví od roku 2013“ (ČPtS ČLS JEP, 2012), a to zejména tato: (a) jedná se o výcvik v některém z následujících směrů: dynamický, hlubinný, humanistický, kognitivně-behaviorální, hypnoticko-relaxační, systemický či integrativní; (b) součástí výcviku je minimálně 120 hodin vzdělávání v teorii příslušného směru, alespoň 350 hodin části sebezkušenostní a 100 hodin výcvikové supervize; (c) frekventantům je při nástupu do výcviku 23 let a více. Doplňujícím kritériem pro zařazení do výzkumu bylo, aby se daný člověk aktuálně věnoval poskytování psychoterapie, tzn. aby měl alespoň jednoho klienta za týden.

Velikost cílové populace nelze přesně určit, a to z více důvodů. Jedním z nich je jistě širší pojetí definice terapeuta, ke kterému se přikláníme v této diplomové práci. Neexistuje seznam, který by evidoval všechny jedince věnující se poskytování psychoterapie. Existují sice instituce, které některé z těchto jedinců sdružují (a jejichž pomoci jsme využili i při sběru dat), nicméně zaprvé členství v nich není nutnou podmínkou poskytování psychoterapie a zadruhé někteří terapeuti mohou být členy více takových organizací zároveň. Napadla nás rovněž varianta zjišťování počtu absolventů (či frekventantů) akreditovaných psychoterapeutických výcviků. Tato cesta se ovšem také ukázala jako neprůchozí, neboť mnoho terapeutů absolvuje více než jeden akreditovaný psychoterapeutický výcvik.

Dále uvedeme fakta související s **výběrovým souborem a způsobem jeho výběru**. Sběr dat jsme zahájili 21. října 2016. Pro administraci dotazníků jsme využili služeb portálu Vyplňto.cz. K získání výzkumného souboru jsme v první fázi zvolili metodu záměrného výběru přes instituce. Žádost o přeposlání odkazu na dotazník spolu s průvodním dopisem jsme rozeslali následujícím institucím: Česká psychiatrická společnost (ČPS ČLS JEP), Česká psychoterapeutická společnost (ČPtS ČLS JEP), Asociace manželských a rodinných

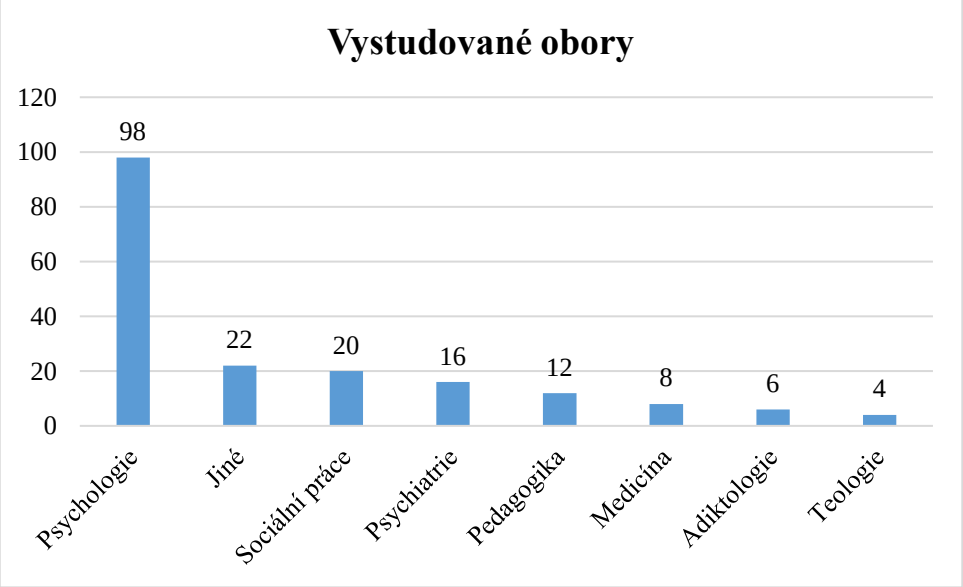
poradců ČR (AMRP ČR), Českomoravská psychologická společnost (ČMPS), Česká asociace pro psychoterapii (CZAP). Odkaz na dotazník byl rovněž zveřejněn na webových stránkách AMRP ČR.

Touto metodou se nám však nepodařilo získat dostatečný počet respondentů. V první fázi dotazník vyplnilo pouze 41 terapeutů. Ve fázi druhé jsme tedy zvolili záměrný výběr skrz portál firmy.cz, kde jsme zadali klíčové heslo „psychoterapie“, prošli výsledky vyhledávání a vytvořili adresář s 974 emailovými adresami, na něž jsme následně odkaz na dotazník rozeslali. Paralelně jsme se snažili využít také metody výběru pomocí sněhové koule, neboť jsme všechny respondenty prosili o šíření výzkumu mezi své kolegy.

Celkem se nám podařilo získat 157 vyplněných dotazníků. Sběr dat byl ukončen 17. ledna 2017. Některé dotazníky bohužel musely být z analýzy vyřazeny, a to z důvodu nesplnění výběrových kritérií. Po pročištění dat jsme tedy získali vzorek 144 dotazníků.

Přejděme nyní k **popisu výzkumného vzorku**. Ze zmíněných 144 respondentů bylo 100 žen a 44 mužů. Věk respondentů se pohyboval od 27 do 73 let (M = 45,50; SD = 10,70)[4]. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo převážně magisterské a vyšší, v šesti případech se jednalo o vzdělání bakalářské, jeden respondent uvedl vzdělání vyšší odborné a jeden pak střední odborné s maturitou. Mezi obory studia byla v největším procentu zastoupena psychologie, dále například sociální práce, psychiatrie, pedagogika a další. Následující graf č. 2 ukazuje přesné zastoupení jednotlivých oborů.

Graf č. 2: Vystudované obory

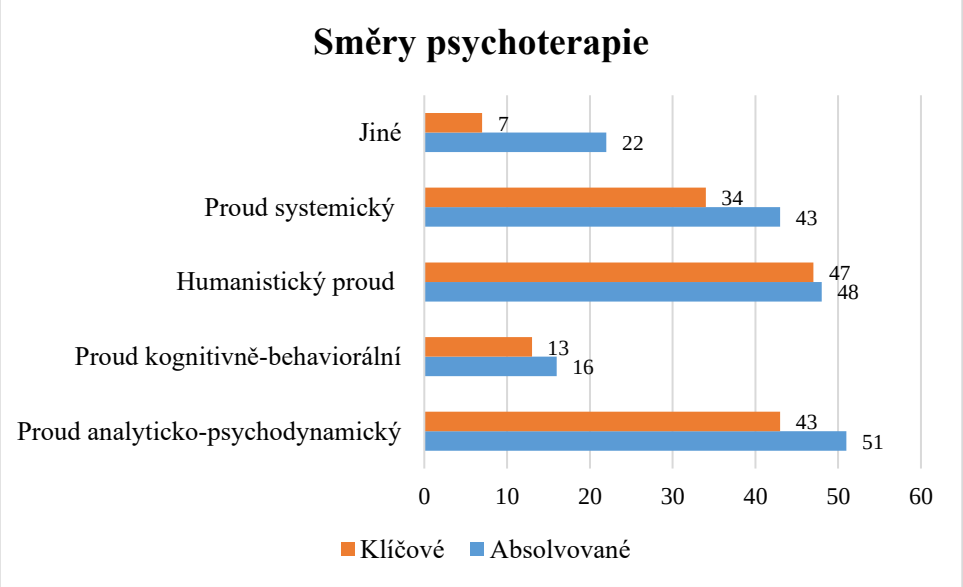


[4] M = průměr; SD = směrodatná odchylka

Někteří respondenti uvedli více než jeden obor studia. Kategorie „Jiné“ zahrnuje obory jako sociologie, filozofie, andragogika, právo apod. V naprosté většině případů byly obory v této kategorii uváděny v kombinaci s některým z oborů v námi vymezených kategoriích.

Počet let praxe v poskytování psychoterapie se pohyboval od 1 roku do 45 let (M = 14,08; SD = 10,72). Většina participantů (92 %) měla již ukončený alespoň jeden akreditovaný psychoterapeutický výcvik. Ostatní byli aktuálně frekventanty takového výcviku. Jak bylo uvedeno v teoretické části, lze jednotlivé směry psychoterapie zařadit do různých kategorií. V našem podání je to dělení na směry analyticko-psychodynamické (např. psychoanalýza, SUR, transakční analýza aj.), humanistické (např. PCA, výcvik v gestalt psychoterapii, existenciální analýza a logoterapie aj.), systemické (systemická psychoterapie, rodinná psychoterapie aj.), kognitivně-behaviorální (KBT) a jiné. Kategorie „Jiné“ zahrnuje výcviky, které nebylo možno zařadit do ostatních kategorií (např. výcvik v integrované psychoterapii, biosyntéze, PBSP apod.). V následujícím grafu se pak lze podívat, jaké výcviky naši respondenti absolvovali. Výsledný součet nedává dohromady celkový počet respondentů, neboť někteří absolvovali více než jeden výcvik. Pokud tomu tak bylo, ptali jsme se, který z nich považují za klíčový, což také zobrazujeme v uvedeném grafu.

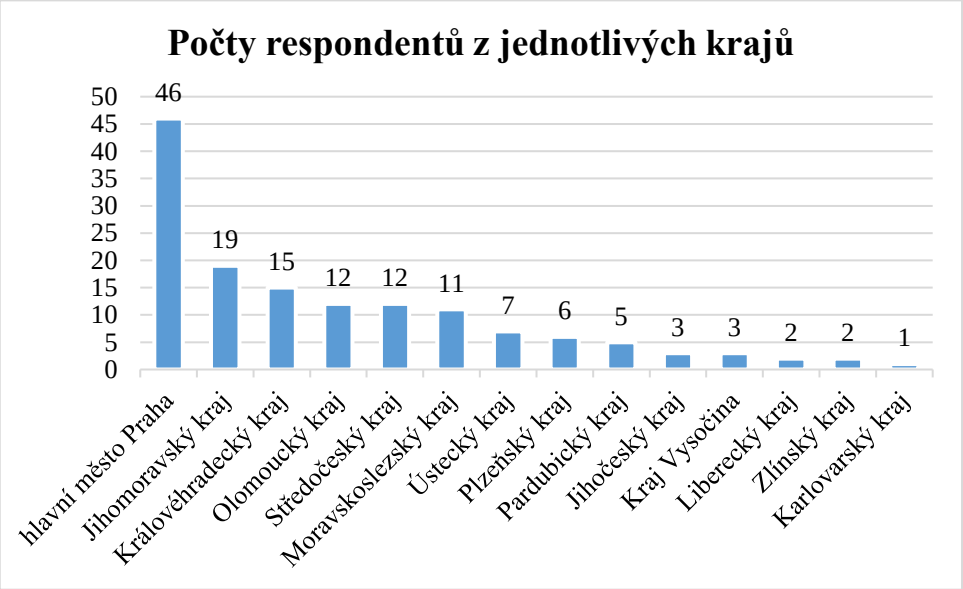
Graf č. 3: Směry psychoterapie



Respondenti působili v rezortu zdravotnictví (36 %), v soukromé praxi (44 %), v menší míře byli zastoupeni lidé poskytující psychoterapii v rámci sociálních služeb (11 %), školství (6 %) aj. Přibližně třetina dotázaných uvedla dvě nebo více ze zmíněných oblastí.

Následující graf zobrazuje počty respondentů dle jednotlivých krajů.

Graf č. 4: Počty respondentů z jednotlivých krajů



Počet psychoterapií za týden varioval od 1 do 40 (M = 13,92; SD = 8,34). Mezi poskytovanými typy psychoterapie byla nejčastěji zastoupena psychoterapie individuální (n = 143), někteří respondenti se však zaměřují rovněž na párovou (n = 80), rodinnou (n = 68) či skupinovou (n = 47) psychoterapii. Mnozí samozřejmě poskytují více ze zmíněných druhů psychoterapie zároveň. Respondenti nejčastěji pracují s dospělými (n = 137), ale někteří se vedle toho věnují také dětem (n = 39), adolescentům (n = 48) či konkrétně starším dospělým (n = 21).

8 Etické stránky výzkumu

Považujeme za důležité zamýšlet se nad etickými aspekty a respektovat je, ať už se jedná o jakýkoliv výzkum. U tématu natolik citlivého jako je pláč, to platí dvojnásob. V rámci našeho zkoumání jsme se snažili dodržovat všeobecná pravidla etiky psychologa i etiku realizace výzkumů. Jednalo se o online šetření a respondenti nemuseli uvádět žádné přímo identifikující údaje či kontakt, tudíž mohla být zachována jejich **anonymita**. V úvodu dotazníku byli participanti seznámeni s účelem výzkumu a zásadami zpracování dat. **Informovaný souhlas** všech účastníků studie byl poté získán pomocí formulky „*zahájením vyplňování dotazníku souhlasíte se zpracováním poskytnutých dat*“, která byla uvedena v dotazníku těsně před první otázkou. Participanti měli právo kdykoliv z výzkumu odstoupit. Na oplátku za jejich čas a ochotu byla terapeutům poskytnuta **možnost zaslání výsledků výzkumu**. V takovém případě na sebe mohli uvést kontaktní e-mail. Jsme si vědomi toho, že to určitým způsobem může narušit zmíněnou anonymitu, proto jsme jim poskytli také e-mailovou adresu autorky výzkumu a ujistili je, že v případě zájmu si o výsledky mohou napsat i sami. V každém případě byly e-mailové adresy participantů hned po ukončení sběru dat odděleny od jejich odpovědí. Na tutéž e-mailovou adresu mohli psát jakékoliv své komentáře k dotazníku či k tématu výzkumu obecně. Veškerá data jsou považována za **důvěrná** a bylo s nimi nakládáno v souladu se *zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů*. Rovněž byl získán **souhlas autorů dotazníků** TCIT 1 a 2 (Blume-Marcovici, 2012) k jejich překladu a použití k výzkumným účelům.

9 Výsledky

V této kapitole popíšeme výsledky realizované studie. Budeme postupovat popořadě dle vymezených výzkumných otázek.

I: *Jaké názory mají terapeuti na pláč terapeutů při psychoterapeutické práci s klientem?*

Pro zjištění některých názorů terapeutů na pláč terapeutů při psychoterapii s klientem byli všichni respondenti konfrontováni se sadou položek, na které reagovali na sedmistupňové škále, kdy (1) Rozhodně nesouhlasím, (2) Nesouhlasím, (3) Spíše nesouhlasím, (4) Nemohu se rozhodnout, (5) Spíše souhlasím, (6) Souhlasím a (7) Rozhodně souhlasím. V následující tabulce uvádíme nejčastější odpovědi.

Tab. č. 3: Názory na pláč terapeuta

	M	SD	Medián	N
Terapeutův pláč během sezení je pro psychoterapii užitečný	3,90	1,37	4	144
Terapeutův pláč během sezení psychoterapii narušuje	3,79	1,34	4	144
Pro terapeuta je špatné plakat při psychoterapii s klientem	3,15	1,51	3	144
Terapeut by měl vynaložit veškeré úsilí, aby při psychoterapii neplakal	2,85	1,51	2	144
Terapeut, který během psychoterapie pláče, není jako terapeut vhodný	2,37	1,20	2	144
To, jestli je terapeutův pláč „dobrý" nebo „špatný", záleží na jedinečných charakteristikách psychoterapeutického vztahu	5,49	1,36	6	144

V rámci další analýzy jsme vyřadili odpovědi „*Nemohu se rozhodnout*" a zbylé odpovědi rozdělili do kategorie „*Nesouhlasím*", kam spadají stupně (1), (2) a (3) a která vyjadřuje určitou míru nesouhlasu s daným tvrzením, a kategorie „*Souhlasím*", která slučuje stupně (5), (6) a (7). Díky tomu lze pak procentuálně vyjádřit míru souhlasu, resp. nesouhlasu terapeutů s jednotlivými tvrzeními a získat tak přehlednější představu.

Na základě tohoto postupu lze říci, že terapeuti se nejvíce shodují v tom, že **hodnocení slz terapeuta závisí vždy na konkrétní situaci**, na konkrétním psychoterapeutickém vztahu. S položkou „*To, jestli je terapeutův pláč „dobrý" nebo „špatný", záleží na jedinečných charakteristikách psychoterapeutického vztahu*" do určité míry souhlasilo 85 % dotázaných. Lze usuzovat, že terapeuti **nehodnotí pláč jako něco nepřijatelného** či špatného. S položkami „*Pro terapeuta je špatné plakat při psychoterapii s klientem*", „*Terapeut by měl vynaložit veškeré úsilí, aby při psychoterapii neplakal*" a „*Terapeut, který během psychoterapie pláče, není jako terapeut vhodný*" většinou do určité míry nesouhlasili (67 %, 75 % resp. 86 %), jasný souhlas vyjádřilo jen několik jedinců. V otázce

toho, zda terapeutův pláč narušuje psychoterapii, není situace tak jednoznačná. Čistým procentuálním vyjádřením se 36 % domnívá, že ano, zatímco 49 %, že ne. Také v otázce užitečnosti terapeutova pláče pro psychoterapii není výsledek jasný, 39 % souhlasí a 40 % nesouhlasí. V tabulce níže pro čtenáře uvádíme i četnosti jednotlivých odpovědí.

Tab. č. 4: Názory na pláč terapeuta – míra souhlasu

	1	2	3	4	5	6	7
Terapeutův pláč během sezení je pro psychoterapii užitečný	3 % (n = 5)	13 % (n = 19)	24 % (n = 34)	21 % (n = 30)	29 % (n = 42)	8 % (n = 11)	2 % (n = 3)
Terapeutův pláč během sezení psychoterapii narušuje	1 % (n = 2)	16 % (n = 23)	32 % (n = 46)	15 % (n = 22)	26 % (n = 37)	8 % (n = 11)	2 % (n = 3)
Pro terapeuta je špatné plakat při psychoterapii s klientem	10 % (n = 14)	32 % (n = 46)	25 % (n = 36)	11 % (n = 16)	14 % (n = 20)	6 % (n = 9)	2 % (n = 3)
Terapeut by měl vynaložit veškeré úsilí, aby při psychoterapii neplakal	16 % (n = 23)	35 % (n = 50)	24 % (n = 35)	7 % (n = 10)	11 % (n = 16)	5 % (n = 7)	2 % (n = 3)
Terapeut, který během psychoterapie pláče, není jako terapeut vhodný	22 % (n = 31)	45 % (n = 65)	19 % (n = 27)	7 % (n = 10)	6 % (n = 8)	1 % (n = 2)	1 % (n = 1)
To, jestli je terapeutův pláč „dobrý" nebo „špatný", záleží na jedinečných charakteristikách psychoterapeutického vztahu	1 % (n = 2)	3 % (n = 5)	6 % (n = 9)	4 % (n = 6)	25 % (n = 36)	38 % (n = 54)	22 % (n = 32)

66 % (n = 95)[5] terapeutů uvedlo, že při práci s klientem někdy byli dojati k slzám, ale nutkání k pláči ovládli. Nejčastěji uváděným důvodem (n = 79) bylo, že to **nepovažovali za prospěšné pro klienta**. Více zobrazuje tabulka číslo 5. Participanti měli možnost vypsat rovněž vlastní odpověď. Tuto možnost využilo jedenáct z nich. Nejvíce zmiňovali obavu z odvedení pozornosti od klienta/od tématu („*Nechtěla jsem, aby ošetřoval můj pláč – chtěla jsem, aby mohl zůstat u svého tématu*."). Objevovaly se ale i další důvody, například: „*Nejsem zvyklý na veřejnosti plakat*." či „*Slzy byly spojené s mým vlastním zážitkem, který nesouvisel s klientem*". Někteří také upozorňovali na důležitost konkrétního kontextu a vztahu s daným klientem („*Snažím se to korigovat od vztahu s klientem. Jak se náš vztah vyvíjí, jak je v něm důvěra, bezpečí…*").

Tab. č. 5: Proč v psychoterapii v přítomnosti klienta neplakat?

	n	V %
Nepovažoval/a jsem to za prospěšné pro mého klienta.	79	83 %
Nepovažoval/a jsem to za profesionální.	19	20 %
Neplakal/a jsem, abych chránil/a sám sebe/sama sebe.	11	12 %
Považoval/a jsem to za škodlivé pro mého klienta.	10	11 %
Neplakal/a jsem kvůli vlastním zásadám.	5	5 %
Obával/a jsem se, že pokud při psychoterapii začnu plakat, nemusel/a bych být schopen/schopna přestat.	4	4 %

[5] N = celkový počet dotázaných, zatímco n = počet dotázaných, kteří uvedli danou odpověď

Jaký vliv může mít dle terapeutů pláč na psychoterapii? Všem terapeutům (N = 144) byl předložen seznam možných vlivů, přičemž měli zaškrtnout ty, které podle nich mohou nastat ve většině takových případů. Tyto účinky je možné dále rozdělit na spíše pozitivní a spíše negativní (s vědomím toho, že některé z nich mohou být v kontextu konkrétního případu takové i takové). Častěji byly voleny účinky, které lze považovat za pozitivní. Nejčastěji uváděnými „**pozitivními**“ efekty jsou „*nárůst autenticity v psychoterapeutickém vztahu*“ (78 %), „*pocit klienta, že na něm terapeutovi doopravdy záleží*“ (66 %) a „*posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je*“ (62 %). Nejvíce uváděným možným „**negativním**“ efektem je „*zatížení klienta pocity terapeuta*“ (55 %). U „negativních“ vlivů se podívejme i na ty nejméně uváděné. Jsou jimi: „*ukončení psychoterapie ze strany klienta*“ (10 %), „*terapeut způsobí klientovi bolest*“ (10 %) a „*terapeut vytvoří nevhodný model pro vyjadřování emocí*“ (3 %). Následující tabulka č. 6 v zájmu zachování přehlednosti zobrazuje pouze všechny „pozitivní“ resp. „negativní“ efekty, které uvedlo alespoň 50 % dotázaných.

Tab. č. 6: Pravděpodobné pozitivní a negativní účinky pláče terapeuta

	n	V %
Pozitivní		
Nárůst autenticity v psychoterapeutickém vztahu	113	78 %
Pocit klienta, že na něm terapeutovi doopravdy záleží	95	66 %
Posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je	89	62 %
Nárůst otevřenosti v psychoterapeutickém vztahu	87	60 %
Pocit klienta, že terapeut mu opravdu rozumí	83	58 %
Poskytnutí pozitivní emoční zkušenosti pro klienta	81	56 %
Terapeut bude modelem pro přiměřené vyjadřování emocí	77	53 %
Negativní		
Zatížení klienta pocity terapeuta	81	55 %

Rovněž zde měli respondenti možnost uvést vlastní odpověď či jakýkoliv jiný komentář. Vyjádřilo se 11 % z nich (n = 16). Jejich vyjádření se nejčastěji (n = 6) týkala nutnosti posuzování okolností, **konkrétního kontextu** („*Nelze paušalizovat, budou vysoce pravděpodobně vznikat trsy klientů, kteří budou účinky pláče terapeuta vnímat i výrazně odlišně, a i u jednotlivců se bude tento účinek situačně/časově lišit. Nadto účinky budou vždy v přísně individualizované vazbě s konkrétním psychoterapeutickým vztahem a momentálním i komplexním situačním kontextem.*“). Dále se objevovalo chápání slz terapeuta jako **vyjádření empatie** či **soucitu** a **posílení partnerského vztahu**

terapeut-klient. Zajímavou myšlenkou je také „***posílení závažnosti*** *probíraného tématu („je to se mnou tak špatné, že pláče i terapeut“)*“.

V souvislosti s tématem možného dopadu slz na psychoterapii je k věci rovněž otázka, zda je tento dopad rozdílný v závislosti na pohlaví terapeuta. Níže lze vidět, co si o tomto myslí samotní terapeuti.

Tab. č. 7: Dopad na psychoterapii je rozdílný, když pláče terapeut-žena a když pláče terapeut-muž

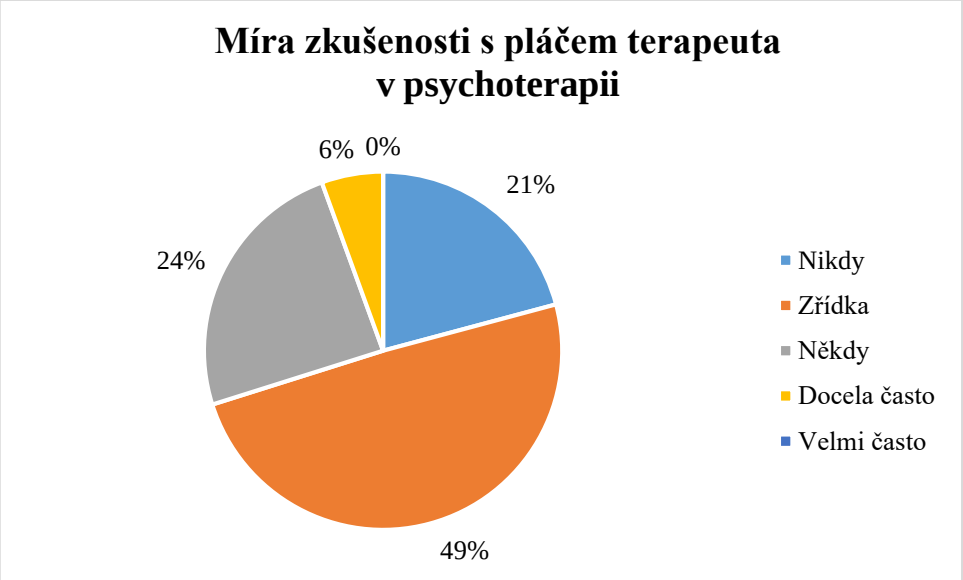
	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Dopad na psychoterapii je rozdílný, když pláče terapeut-žena a když pláče terapeut-muž	5 % (n = 7)	26 % (n = 38)	19 % (n = 28)	25 % (n = 36)	13 % (n = 18)	11 % (n = 16)	1 % (n = 1)

Je patrné, že terapeuti spíše nesouhlasí s tím, že by takový rozdíl existoval (M = 3,50; SD = 1,44; N = 144). Poměrně velké procento dotázaných však zvolilo i možnost „*Nemohu se rozhodnout*“.

II: *Vyskytuje se v České republice fenomén pláče terapeuta v psychoterapii?*

Z našeho vzorku terapeutů 79 % (n = 114) uvedlo, že mají zkušenost s vlastním pláčem v přítomnosti klienta v průběhu psychoterapeutického sezení, přičemž největší procento dotázaných pláče „zřídka“. Více o míře výskytu pláče nám řekne následující graf.

Graf č. 5: Míra zkušenosti s pláčem terapeuta v psychoterapii[6]



[6] Možnost „Velmi často“ nezvolil žádný z respondentů.

„Pláč“ pro účely této diplomové práce vymezujeme jako „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“. Vzhledem k problematičnosti definování „pláče“ diskutované v teoretické části však může být přínosná i jeho bližší klasifikace. Respondenti byli tedy požádáni, aby ohodnotili frekvenci výskytu tří různých kategorií souvisejících s pláčem ve své roli terapeuta v posledních čtyřech týdnech, resp. v posledním roce. Kategorie byly stanoveny následovně: „*Knedlík v krku*“, „*Slzy v očích („slzení“)*“ a „*Slzy na tvářích a/nebo vzlykání*“. V tabulkách číslo 8 a 9 můžeme vidět, že terapeuti nejčastěji zažívají „*Slzy v očích („slzení“)*“ a dále „*Knedlík v krku*“, zatímco „*Slzy na tvářích a/nebo vzlykání*“ jsou poměrně výjimečné. Z porovnání prvního a třetího řádku obou tabulek je však patrné, že někteří terapeuti mají takovou zkušenost více než jednu za poslední čtyři týdny, resp. za poslední rok.

Tab. č. 8: Frekvence pláče terapeuta během psychoterapeutického sezení za poslední 4 týdny

Poslední 4 týdny	Knedlík v krku	Slzy v očích („slzení“)	Slzy na tvářích a/nebo vzlykání
Počet respondentů	47	78	8
% z celkového počtu respondentů (N = 144)	33 %	54 %	6 %
Počet v součtu za všechny	128	250	14

Tab. č. 9: Frekvence pláče terapeuta během psychoterapeutického sezení za poslední rok

Poslední rok	Knedlík v krku	Slzy v očích („slzení“)	Slzy na tvářích a/nebo vzlykání
Počet respondentů	82	119	34
% z celkového počtu respondentů (N = 144)	57 %	83 %	24 %
Počet v součtu za všechny	1064	2221	405

Podíváme-li se na poměr počtu sezení, v nichž se terapeutovy slzy objeví a počtu poskytnutých psychoterapií za poslední čtyři týdny, ukazuje se, že k slzám dochází přibližně v 5 % psychoterapeutických sezení (SD = 0,11). Pokud z úvahy vyřadíme ty jedince, kteří uvádí, že za poslední čtyři týdny žádnou takovou zkušenost nemají, zjistíme, že ti, co pláčou, pláčou cca v 8 % všech sezení (SD = 0,14). Ve výzkumném souboru se objevil jedinec, který uvedl, že měl slzy v očích, nebo slzy na tvářích v osmi sezeních za poslední čtyři týdny a zároveň za toto období poskytl celkově osm sezení, tedy se jeho slzy objevily ve 100 % případů. Při vyřazení tohoto odlehlého pozorování („outliera“) z naší úvahy dojde ke snížení výše uvedených hodnot (z 5 na 4 % a z 8 na 5 %).

Zmíněným 79 % odborníků, kteří mají zkušenost s vlastním pláčem v roli terapeuta, byla položena série dalších otázek. Tyto otázky byly vztaženy konkrétně k **poslední takové**

zkušenosti a měly za cíl její specifikaci. U největšího procenta terapeutů tato zkušenost byla vcelku nedávná – z posledního týdne či měsíce, případně pak z posledního půl roku.

Co do **intenzity pláče** se v naprosté většině případů (85 %) jednalo pouze o slzy v očích, ostatní dotázaní pak uváděli ještě slzy na tvářích/v obličeji. K pláči u terapeutů docházelo v **rozličných fázích psychoterapie**, nelze tedy říci, že by slzy terapeuta byly specifikem prvního či naopak posledního sezení. Převážně (88 % dotázaných) se jednalo o pláč trvající **méně než 1 minutu**, přičemž ani v ostatních případech pláč netrval déle než 5 minut.

Zajímavou otázkou rovněž je, zda se frekvence pláče terapeutů nějakým způsobem **proměnila v průběhu jejich kariéry**. Terapeutům byla předložena dvě tvrzení, z nichž první znělo „*Během psychoterapie jsem plakal/a častěji na počátku své kariéry, než pláču teď*“ a druhé „*Během psychoterapie pláču častěji nyní, než jsem plakal/a dříve*“. S každým z těchto tvrzení mohli buď souhlasit, nebo ne. Na obě položky převažovala odpověď „ne“.

Tab. č. 10: Frekvence pláče terapeuta v průběhu jeho kariéry

	Ano	Ne
… jsem plakal/a častěji na počátku své kariéry, než pláču teď.	9 % (n = 10)	91 % (n = 104)
… pláču častěji nyní, než jsem plakal/a dříve.	42 % (n = 48)	58 % (n = 66)

III: *V jakých situacích terapeuti v psychoterapii pláčou?*

Zajímaly nás rovněž konkrétní situace, v nichž dochází k pláči terapeutů. Terapeuti, kteří někdy při psychoterapii plakali (N = 114), hodnotili, jak často pláčou v šestnácti předložených situacích.[7] Za **nejčastější** terapeuti označovali následující situace: „*Když slyšíte klientův smutný příběh*“, „*Když jste svědkem klientova utrpení*“, „*Když se cítíte pohnutý/á nebo dojatý/á příběhem klienta*“. Naopak **nejméně častými** byly tyto okolnosti: „*Když se během sezení cítíte unavený/á nebo nemocný/á*“, „*Když Vy při psychoterapii dojdete k nějakému odhalení nebo porozumění, pokud jde o klienta*“ a „*Když jste byl/a smutný/á nebo dojatý/á z důvodů, které nebyly spojené se sezením*“. Mnohem častěji se tedy jednalo o **slzy, které byly reakcí na klienta** než slzy vztahující se k okolnostem na straně terapeuta. V souladu s tím byly i reakce terapeutů na položku „*Mé slzy byly spojené s mými osobními záležitostmi*“, se kterou do určité míry nesouhlasilo 74 % dotázaných. V níže uvedené tabulce lze vidět, jak terapeuti hodnotili každou z uvedených situací. Můžeme si též povšimnout, že většina terapeutů se při posuzování konkrétních situací,

[7] Dané položky dohromady tvoří škálu „*Náchylnost k pláči*“.

v nichž u nich může docházet k pláči, pohybovala v kategoriích „*Nikdy*“, „*Velmi zřídka*“, „*Zřídka*“, maximálně pak „*Někdy*“. Ostatní kategorie byly používány pouze vzácně.

Tab. č. 11: Situace, v nichž dochází k pláči terapeutů

	Nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Často	Velmi často	Vždy
Když slyšíte klientův smutný příběh	18 %	32 %	18 %	27 %	4 %	2 %	0 %
Když vidíte klienta plakat	32 %	38 %	12 %	16 %	1 %	1 %	0 %
Když si během sezení s klientem připomenete svou vlastní smutnou zkušenost	52 %	31 %	8 %	10 %	0 %	0 %	0 %
Když klient vyjádří velkou vděčnost za vaši společnou psychoterapeutickou práci	42 %	31 %	12 %	9 %	5 %	1 %	0 %
Když před klientem vyjadřujete vlastní pocity vůči němu	46 %	25 %	14 %	14 %	1 %	0 %	0 %
Když v psychoterapii dojde k zásadnímu zlomu	38 %	29 %	11 %	18 %	4 %	0 %	0 %
Když klient náhle něčemu v psychoterapii porozumí nebo dosáhne vhledu	56 %	23 %	10 %	9 %	3 %	0 %	0 %
Když Vy při psychoterapii dojdete k nějakému odhalení nebo porozumění, pokud jde o klienta	65 %	22 %	8 %	5 %	0 %	0 %	0 %
Když jste svědkem klientova utrpení	11 %	23 %	17 %	38 %	10 %	3 %	0 %
Když slyšíte klienta popisovat vlastní růst či sílu při překonávání nepřízně osudu	28 %	29 %	15 %	20 %	7 %	1 %	0 %
Při ukončování psychoterapie s dlouhodobým klientem nebo klientem, s nímž jste měl/a mimořádně silný vztah	38 %	20 %	9 %	21 %	9 %	3 %	1 %
Když klient nevyjadřuje žádné emoce v situaci, která by běžně emocionální reakci evokovala	61 %	20 %	4 %	11 %	4 %	1 %	0 %
Když se cítíte pohnutý/á nebo dojatý/á příběhem klienta	9 %	23 %	12 %	33 %	16 %	5 %	2 %
Když se během sezení cítíte unavený/á nebo nemocný/á	81 %	16 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Když se během sezení cítíte zaplaven/a emocemi	36 %	36 %	12 %	9 %	5 %	2 %	0 %
Když jste byl/a smutný/á nebo dojatý/á z důvodů, které nebyly spojené se sezením	64 %	29 %	4 %	3 %	0 %	0 %	0 %

Vztaženo k poslední konkrétní zkušenosti, kterou terapeuti mají s vlastními slzami při práci s klientem, se v 75 % případů (n = 85) slzy objevovaly ve chvíli, kdy **klient rovněž plakal**.

IV: *Jak vnímají vlastní slzy a jejich dopad terapeuti, kteří s nimi mají konkrétní zkušenost?*

Terapeuti, kteří mají nějakou zkušenost s vlastními slzami při práci s klientem (N = 114), odpovídali také na některé položky související s pocity, které měli z vlastních slz. Četnosti jednotlivých odpovědí na dané položky zobrazuje tabulka níže. I zde znamená (1) Rozhodně nesouhlasím, (2) Nesouhlasím, (3) Spíše nesouhlasím, (4) Nemohu se rozhodnout, (5) Spíše souhlasím, (6) Souhlasím a (7) Rozhodně souhlasím.

Tab. č. 12: Pocity z vlastních slz – míra souhlasu[8]

	1	2	3	4	5	6	7
Mé slzy mi byly příjemné	3 % (n = 3)	11 % (n = 12)	16 % (n = 18)	32 % (n = 37)	28 % (n = 32)	10 % (n = 11)	1 % (n = 1)
Mé slzy byly omyl	46 % (n = 53)	46 % (n = 52)	5 % (n = 6)	2 % (n = 2)	1 % (n = 1)	0 % (n = 0)	0 % (n = 0)
Přeji si, abych býval/a neplakal/a	42 % (n = 48)	39 % (n = 45)	11 % (n = 12)	4 % (n = 4)	4 % (n = 4)	1 % (n = 1)	0 % (n = 0)
Mé slzy mi byly nepříjemné	15 % (n = 17)	42 % (n = 48)	28 % (n = 32)	4 % (n = 5)	7 % (n = 8)	2 % (n = 2)	2 % (n = 2)

V další tabulce je hezky vidět, že vlastní slzy pro terapeuty **nebyly něčím nepříjemným**, co by považovali za omyl, nebo čeho by litovali. Zároveň ale nelze říct ani, že by byly něčím příjemným. Na položku „*Mé slzy mi byly příjemné*“ byla nejčastější reakce „*Nemohu se rozhodnout*“, zbytek respondentů byl vcelku symetricky rozdělen mezi určitou míru souhlasu (39 %) a určitou míru nesouhlasu (29 %).

Tab. č. 13: Pocity z vlastních slz

	M	SD	Medián	N
Mé slzy mi byly příjemné	4,05	1,25	4	114
Mé slzy byly omyl	1,65	0,74	2	114
Přeji si, abych býval/a neplakal/a	1,89	1,06	2	114
Mé slzy mi byly nepříjemné	2,59	1,27	2	114

Žádný z dotázaných terapeutů, kteří mají zkušenost s vlastním pláčem v roli terapeuta, se nedomnívá, že by pláč zhoršil vzájemný vztah terapeut-klient. 40 % z nich je toho názoru, že pláč **neměl žádný efekt** na psychoterapeutický vztah, zatímco 60 % uvedlo, že dle jejich mínění došlo ke **zlepšení vztahu**.

[8] V některých řádcích není součet procent roven 100, což je důsledkem zaokrouhlení na celá čísla.

Terapeutům byla položena také otevřená otázka, která se týkala názoru na dopad jejich vlastních slz na psychoterapii. Na otázku odpovědělo 75 % (n = 85) dotázaných. Objevovalo se široké spektrum odpovědí. Obecně odpovědi na tuto otázku korespondují s výše uvedeným – tedy většina terapeutů zmiňovala pozitivní aspekty vlastního pláče. Zbytek terapeutů se domníval, že jejich slzy měly dopad minimální či neměly dopad žádný – že se nejednalo o nic významného („*Myslím, že nijak významný. S klientkou máme dobrý vztah a moje slzy v očích jen přirozeně patřily k procesu. Nebyl to žádný zlom, nic výrazného, co by zásadně měnilo proces*."), v některých případech už jen proto, že si klient ničeho nevšimnul. Několik dotázaných rovněž uvedlo, že neví, jaký jejich slzy měly dopad.

Z pohledu terapeutů jejich slzy napomohly **upevnění psychoterapeutického vztahu**. Byly prostředkem vyjádření skutečného zájmu, empatie a porozumění. Přispěly k posílení autenticity terapeuta, vztahu terapeut-klient i daného okamžiku. Vedly k upevnění důvěry v psychoterapeutickém vztahu a rovněž důvěry klienta v sebe sama a své kompetence. Pomohly zvýšit pocit blízkosti a ukázaly klientovi, že terapeut je též jen člověk s emočním prožíváním. Terapeutovy slzy rovněž mohly být prostředkem **normalizace** klientova prožívání („*Ujištění, že klientova reakce je přirozená vzhledem k tomu, co prožil, nebo právě popisoval*.") a **přijetí jeho emocí** („*Potvrzení emocí klienta, že jsou v pořádku a může si je dovolit vyjadřovat. Je přijatý i jako slabý a smutný*."). Terapeuti vnímali, že klient začal být následně v rámci psychoterapie více **otevřený** („*Klientka začala být více otevřená, myslím, že se se mnou cítí více bezpečně a přijata*.") a že došlo i k podpoření **vnímání vlastních emocí klienta a jejich vyjadřování**. Zároveň u některých klientů slzy terapeuta vyvolaly **obavy**, že „*je to tak vážné, že to i mne (terapeuta) také dojalo*".

Někteří terapeuti vnímali přínos vlastních slz i sami pro sebe, pro **vlastní uvědomění** („*Nepříliš významný, možná zpočátku víc pro moje uvědomění, které jsem později do sezení vnesl než pro klientův proces*.") a lepší **naladění se na klienta**.

Výše uvedené vnímané dopady slz terapeutů mohou být samozřejmě různě **vzájemně provázané**, jak to například vyjádřil jeden z respondentů: „*Klient mohl mít pocit porozumění ze strany terapeuta, to mohlo pomoci zachovat hloubku klientova sdílení a umožnit klientovi cítit se být přítomen ve stejném světě jako terapeut. Pokud klient věří v terapeutovy kompetence a zároveň uvěří ve stejnou úroveň sebe a terapeuta, mohou tím být posíleny jeho kompetence*".

V: *Jsou terapeuti připraveni na to, jak nakládat s vlastními slzami v psychoterapii a jak s nimi reálně nakládají, když se to stane?*

Terapeuti byli i tentokrát konfrontováni se sérií položek, na které reagovali na sedmistupňové škále, kdy (1) Rozhodně nesouhlasím, (2) Nesouhlasím, (3) Spíše nesouhlasím, (4) Nemohu se rozhodnout, (5) Spíše souhlasím, (6) Souhlasím a (7) Rozhodně souhlasím. Některé z těchto položek nám poskytují poznatky vztahující se k výše uvedené výzkumné otázce. Dále předkládáme tabulku s četnostmi jednotlivých odpovědí na dané položky.

Tab. č. 14: Připravenost na vlastní slzy v roli terapeuta – míra souhlasu

	1	2	3	4	5	6	7
Jak zacházet s vlastním pláčem při psychoterapeutických sezeních jsem konzultoval/a se svým supervizorem nebo kolegou	5 % (n = 7)	24 % (n = 35)	9 % (n = 13)	2 % (n = 3)	17 % (n = 24)	31 % (n = 44)	13 % (n = 18)
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní emoce při psychoterapii	0 % (n = 0)	8 % (n = 12)	10 % (n = 15)	3 % (n = 5)	22 % (n = 32)	35 % (n = 51)	20 % (n = 29)
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní pláč při psychoterapii	2 % (n = 3)	25 % (n = 36)	22 % (n = 32)	12 % (n = 17)	16 % (n = 23)	16 % (n = 23)	7 % (n = 10)
Terapeuti by měli být připravováni na to, jak zvládat vlastní pláč během psychoterapie	0 % (n = 0)	1 % (n = 2)	1 % (n = 1)	8 % (n = 11)	33 % (n = 48)	41 % (n = 59)	16 % (n = 23)
Byl/a jsem zaskočen/a, když jsem plakal/a při psychoterapii	18 % (n = 20)	38 % (n = 43)	18 % (n = 20)	4 % (n = 5)	17 % (n = 19)	6 % (n = 7)	0 % (n = 0)
Byl/a jsem připraven/a na to, jak zacházet s vlastním pláčem v psychoterapii	3 % (n = 3)	6 % (n = 7)	13 % (n = 15)	9 % (n = 10)	32 % (n = 36)	33 % (n = 38)	4 % (n = 5)

V níže uvedené tabulce uvádíme nejčastější odpovědi na jednotlivé položky.

Tab. č. 15: Připravenost na vlastní slzy v roli terapeuta

	M	SD	Medián	N
Jak zacházet s vlastním pláčem při psychoterapeutických sezeních jsem konzultoval/a se svým supervizorem nebo kolegou	4,43	1,96	5	144
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní emoce při psychoterapii	5,26	1,52	6	144
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní pláč při psychoterapii	3,90	1,69	4	144
Terapeuti by měli být připravováni na to, jak zvládat vlastní pláč během psychoterapie	5,60	0,96	6	144
Byl/a jsem zaskočen/a, když jsem plakal/a při psychoterapii	2,83	1,53	2	114
Byl/a jsem připraven/a na to, jak zacházet s vlastním pláčem v psychoterapii	4,78	1,44	5	114

Pro zvýšení přehlednosti jsme i zde využili postup sloučení odpovědí do kategorií, kdy stupně (1), (2) a (3) tvoří kategorii „*Nesouhlasím*“, stupně (5), (6) a (7) se sčítají do kategorie „*Souhlasím*“ a odpovědi „*Nemohu se rozhodnout*“ nejsou do analýzy dále zařazeny.

90 % (n = 130) ze všech dotázaných terapeutů se domnívá, že terapeuti by **měli být nějakým způsobem připravováni** na to, jak zvládat vlastní slzy v roli terapeuta. 77 % (n = 112) terapeutů se shoduje, že v rámci jimi absolvovaného **psychoterapeutického výcviku** byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní emoce při psychoterapii a 39 % (n = 56) uvádí, že zde byli připravováni na to, jak reagovat na vlastní pláč při psychoterapii. 61 % (n = 86) terapeutů pak otázku zvládání vlastních slz v psychoterapii **diskutovalo se supervizorem či kolegou** (ať už při psychoterapii kdy plakali, nebo ne). 69 % (n = 79) z terapeutů, kteří mají osobní zkušenost s vlastními slzami v psychoterapii, se **cítilo předem připraveno**, jak s takovou situací zacházet a zároveň 23 % (n = 26) bylo vlastními slzami do určité míry **zaskočeno**.

Dále jsme se věnovali otázce toho, **jak terapeuti na situaci reagovali**.

Tab. č. 16: Některé reakce terapeutů na vlastní pláč

	M	SD	Medián	N
Po pláči v psychoterapii jsem vyhledal/a supervizi/konzultaci	2,74	1,66	2	114
Nikdy jsem nikomu o této zkušenosti s vlastním pláčem v psychoterapii neřekl/a	2,32	1,42	2	114

Pro lepší přehlednost jsme znovu zvolili postup sloučení odpovědí do skupin „*Nesouhlasím*“ a „*Souhlasím*“ (viz výše) a získali tak procentuální vyjádření odpovědí.

19 % (n = 21) terapeutů v reakci na vlastní slzy **vyhledalo supervizi** či jinou konzultaci, ale zároveň většina dotázaných (84 %) **někomu o této zkušenosti řekla**. Pro čtenáře opět uvádíme i tabulku s konkrétními četnostmi.

Tab. č. 17: Některé reakce terapeutů na vlastní pláč – míra souhlasu

	1	2	3	4	5	6	7
Po pláči v psychoterapii jsem vyhledal/a supervizi/konzultaci	17 % (n = 19)	49 % (n = 56)	13 % (n = 15)	3 % (n = 3)	4 % (n = 4)	13 % (n = 15)	2 % (n = 2)
Nikdy jsem nikomu o této zkušenosti s vlastním pláčem v psychoterapii neřekl/a	27 % (n = 31)	48 % (n = 55)	9 % (n = 10)	4 % (n = 5)	4 % (n = 4)	8 % (n = 9)	0 % (n = 0)

61 % (n = 69) z dotázaných terapeutů o **vlastních slzách mluvilo s klientem**. Ukázalo se, že mezi tím, zda o pláči terapeut s klientem mluvil a dopadem na vztah, který terapeut vnímá, existuje určitá souvislost [$\chi^2(4) = 164{,}39$; $p < 0{,}001$; $N = 114$]. Žádný z dotázaných

terapeutů neuvedl, že by jeho pláč zhoršil vztah s klientem, proto jsou v prostředním sloupci níže uvedené tabulky nuly. Pro jistotu jsme tedy ověřili, že i po vyloučení tohoto sloupce zůstane výsledek statisticky signifikantní [$\chi^2(1) = 16{,}14$; $p < 0{,}001$; $N = 114$]. Další rozbor ukazuje, že 52 (46 %) z těch, kteří s klientem o pláči mluvili, se domnívá, že došlo ke zlepšení psychoterapeutického vztahu.

Tab. č. 18: Vztah mezi diskuzí o pláči terapeuta s klientem a dopadem pláče na vztah

	Ano, zlepšil ho	Ano, zhoršil ho	Ne, nic se nezměnilo	Řádek (celkem)
Ano, mluvil	46 % (n = 52)	0 % (n = 0)	16 % (n = 18)	62 % (n = 70)
Ne, nemluvil	14 % (n = 16)	0 % (n = 0)	24 % (n = 28)	38 % (n = 44)
Sloupec (celkem)	60 % (n = 68)	0 % (n = 0)	40 % (n = 46)	114

Jedním z možných vysvětlení toho, proč zbylí terapeuti s klientem o vlastních slzách nemluvili, může být fakt, že **si klient jejich slz nevšimnul**. To naznačují některé komentáře terapeutů („*Nevím, měl jsem pocit, že si toho klient nevšiml a sám jsem to nevnášel.*“) a rovněž hodnocení položky dotazníku „*Klient, se kterým jsem pracoval/a, si byl vědom toho, že jsem plakal/a*“. 15 % dotázaných s touto položkou do určité míry nesouhlasilo a dalších 11 % zvolilo možnost „*Nemohu se rozhodnout*“.

Tab. č. 19: Byl si klient slz terapeuta vědom?

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
Klient, …, si byl vědom toho, že jsem plakal/a	2 % (n = 2)	7 % (n = 8)	6 % (n = 7)	11 % (n = 13)	14 % (n = 16)	44 % (n = 50)	16 % (n = 18)

VI: *Souvisí pláč terapeuta v psychoterapii s některými jinými proměnnými na straně terapeuta?*

Pláč v roli terapeuta byl klasifikován pomocí dvou škál, a to: „***Míra zkušenosti s pláčem***“ a „***Náchylnost k pláči***“, jejichž podstata je popsána v kapitole číslo 6 o využitých metodách.

Z **proměnných na straně terapeuta** se blíže podíváme na tyto: pohlaví terapeuta, jeho věk, délka praxe, sklon k pláči v běžném životě a psychoterapeutický výcvik, který absolvoval. Sklon k pláči v běžném životě byl posuzován samotným terapeutem na pětistupňové škále (*Nikdy nepláču – Pláču zřídka – Někdy pláču – Pláču poměrně často – Pláču velmi často*).

Tab. č. 20: Sklon k pláči v běžném životě

	Nikdy nepláču	Pláču zřídka	Někdy pláču	Pláču poměrně často	Pláču velmi často
Sklon k pláči v běžném životě	3 % (n = 5)	38 % (n = 54)	51 % (n = 73)	8 % (n = 12)	0 % (n = 0)

Začněme proměnnou „***Míra zkušenosti s pláčem***“, která má ordinální charakter. Provedli jsme Mann-Whitneyův U-test pro zjištění rozdílu v pláči v roli terapeuta mezi muži ($n_1 = 44$) a ženami ($n_2 = 100$). Mediány obou skupin jsou rovny dvěma (stupeň „*pláču zřídka*“). Výsledné hodnoty neukázaly **mezi pohlavími žádný rozdíl** ($U = 2112$; $Z = 0{,}41$; $p = 0{,}68$). Procentuálně vyjádřeno, nikdy neplakalo 25 % mužů a 19 % žen.

Dále byly spočítány Spearmanovy korelace pro vliv proměnných věk terapeuta, délka praxe a sklon k pláči v běžném životě. Výsledky zobrazuje následující tabulka číslo 21. Je patrné, že jedinou významnou proměnnou vykazující určitou souvislost s tím, zda terapeut kdy v přítomnosti klienta plakal, je to, **jak často má tendenci plakat v běžném životě** ($p < 0{,}001$), a to v tom směru, že terapeuti plačící častěji v osobním životě, pláčou více i v rámci práce s klientem. Tato souvislost je středně silná.

Tab. č. 21: Vztah mezi Mírou zkušenosti s pláčem a některými proměnnými[9]

	N	r_s	t(142)	p
Míra zkušenosti s pláčem				
Věk	144	0,10	1,24	0,22
Délka praxe	144	0,10	1,24	0,22
Sklon k pláči v běžném životě	**144**	**0,34**	**4,33**	**p < 0,001**

Další zajímavou proměnnou ve vztahu k pláči terapeuta by mohl být psychoterapeutický výcvik, který terapeut absolvoval (či jehož je frekventantem). Někteří terapeuti mají za sebou více než jeden takový výcvik. V rámci této analýzy jsme počítali s tím výcvikem, který terapeut sám považuje za klíčový. Takto jsme rozdělili terapeuty do pěti skupin (proud analyticko-psychodynamický, humanistický proud, proud systemický, proud kognitivně-behaviorální, jiné). Vzhledem k typu proměnných by metodou první volby byla Kruskal-Wallisova ANOVA. Ukázalo se ale, že rozptyly jednotlivých úrovní závisle proměnné nejsou podobné. Proto jsme přistoupili k mediánovému testu. Celkový medián dané proměnné u sledovaného vzorku byl roven dvěma. Mediánový test ukázal statisticky signifikantní rozdíl [$\chi^2(4) = 14{,}26$; $p < 0{,}01$; $N = 144$] v „*Míře zkušenosti s pláčem*“ mezi absolventy (příp. frekventanty) jednotlivých psychoterapeutických výcviků.

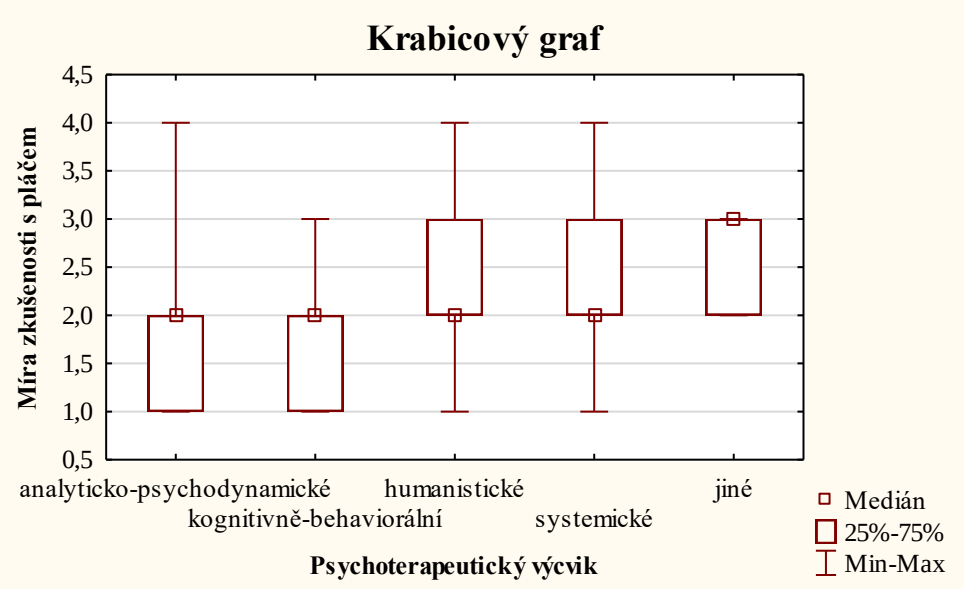
[9] N = velikost vzorku, r_s = Spearmanův korelační koeficient, t(142) = testová statistika(stupně volnosti), p = p-hodnota

Tab. č. 22: Vztah Míry zkušenosti s pláčem a směru absolvovaného psychoterapeutického výcviku[10]

	Analyticko-psychodynamické R:61,04	Kognitivně-behaviorální R:46,77	Humanistické R:86,14	Systemické R:73,09	Jiné R:96,29
Analyticko-psychodynamické		1,08 (1,00)	2,85 (0,04)	1,26 (1,00)	2,07 (0,38)
Kognitivně-behaviorální	1,08 (1,00)		3,01 (0,03)	1,93 (0,53)	2,53 (0,11)
Humanistické	2,85 (0,04)	3,01 (0,03)		1,39 (1,00)	0,60 (1,00)
Systemické	1,26 (1,00)	1,93 (0,53)	1,39 (1,00)		1,34 (1,00)
Jiné	2,07 (0,38)	2,53 (0,11)	0,60 (1,00)	1,34 (1,00)	

Absolventi psychoterapeutických výcviků humanistického směru mají větší míru zkušenosti s pláčem oproti absolventům výcviků směrů analyticko-psychodynamického či kognitivně-behaviorálního.

Obr. č. 2: Míra zkušenosti s pláčem – rozdíly mezi psychoterapeutickými výcviky

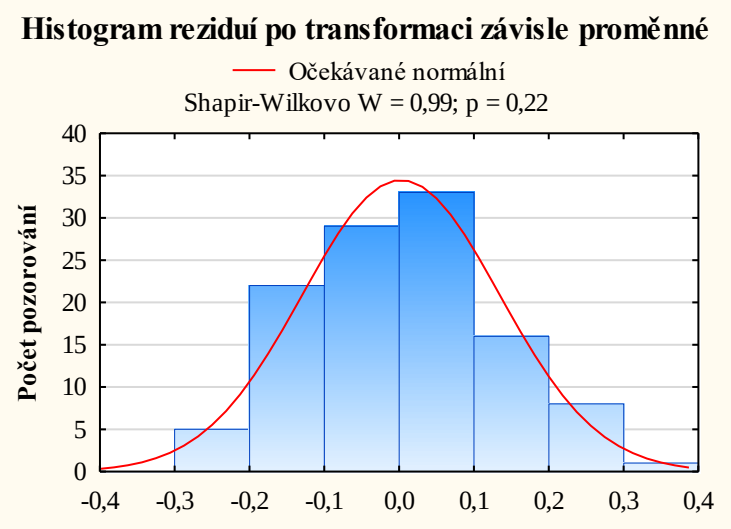


Pro proměnnou „***Náchylnost k pláči***“ jsme zvolili metodu regresní analýzy. Ověřovali jsme, že jsou splněny předpoklady pro její použití, tedy podmínka homoskedasticity a normality rozložení reziduí. Jak ukazuje následující histogram, druhá ze zmíněných podmínek bohužel byla porušena. Přistoupili jsme tedy k logaritmické transformaci závisle proměnné [Z = log(y)]. Po tomto kroku již oba předpoklady byly splněny.

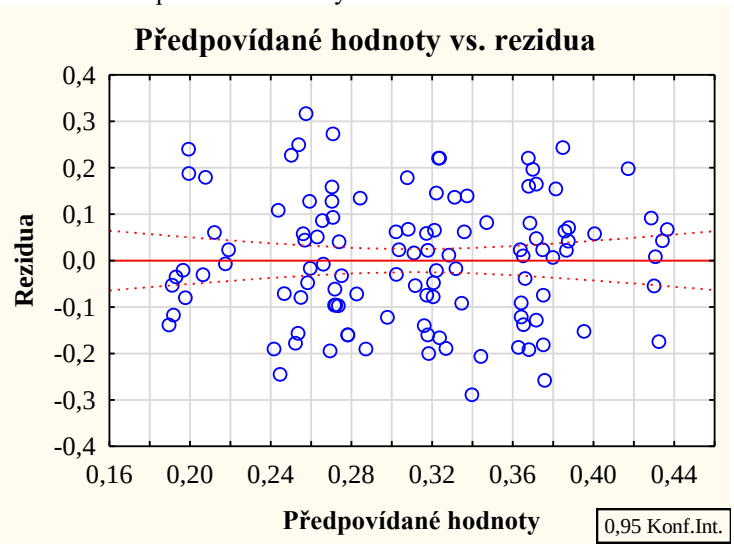
[10] V tabulce jsou uváděny z-hodnoty s p-hodnotami v závorce.

Obr. č. 3: Histogram rozložení reziduí pro „Náchylnost k pláči“

Obr. č. 4: Histogram rozložení reziduí po transformaci závisle proměnné



Obr. č. 5: Předpovídané hodnoty x rezidua



Výsledky regresní analýzy zobrazujeme v následujících dvou tabulkách.

Tab. č. 23: Regresní analýza pro „Náchylnost k pláči“ po transformaci závisle proměnné[11]

	b*	SE b*	b	SE b	t(105)	p
Absolutní člen			0,18	0,12	1,54	0,13
Věk	0,01	0,16	0,00	0,00	0,08	0,94
Pohlaví	-0,06	0,09	-0,02	0,03	-0,60	0,55
Délka praxe	0,06	0,16	0,00	0,00	0,33	0,74
Analyticko-psychodynamické	-0,17	0,11	-0,06	0,04	-1,61	0,11
Kognitivně-behaviorální	**-0,19**	**0,09**	**-0,12**	**0,06**	**-2,10**	**p < 0,05**
Systemické	**-0,32**	**0,10**	**-0,11**	**0,03**	**-3,22**	**p < 0,01**
Jiné	-0,10	0,09	-0,06	0,06	-1,08	0,28
Sklon k pláči v běžném životě	**0,28**	**0,10**	**0,06**	**0,02**	**2,86**	**p < 0,01**

Za statisticky významné se jeví proměnné „*Sklon k pláči v běžném životě*“ ($p < 0,01$) a „*Psychoterapeutický výcvik*“ ($p < 0,05$). Jedinci s výcvikem orientovaným na některý ze systemických směrů či výcvikem kognitivně-behaviorálním mají na škále „*Náchylnost k pláči*“ v roli terapeuta nižší skór než terapeuti s výcvikem orientovaným na směry humanistické, a to o 0,11 resp. 0,12 bodu.[12] Výsledná p-hodnota je statisticky signifikantní ($p < 0,01$) a zvolené proměnné vysvětlují variabilitu „*Náchylnosti k pláči*“ z 19 %.

Tab. č. 24: Charakteristiky modelu

	Hodnoty
Vícenásobné R	0,43
Vícenásobné R^2	0,19
Upravené R^2	0,12
F(8,105)	2,97
p	**p < 0,01**
Standardní chyba odhadu	0,14

Výše uvedené lze tedy shrnout tak, že vztah k pláči jedince v roli terapeuta může potenciálně mít jeho sklon k pláči v běžném životě a směr absolvovaného psychoterapeutického výcviku.

Další zajímavou otázkou je, zda nějakým způsobem souvisí **terapeutovo nazírání na pláč klienta s jeho vlastním pláčem**. Zde nás kromě „*Míry zkušenosti s pláčem*“ a „*Náchylnosti k pláči*“ zajímala i hodnota „*Frekvence pláče*“, kterou jsme vypočetli jako

[11] Proměnné „Analyticko-psychodynamické“, „Kognitivně-behaviorální“, „Systemické“ a „Jiné“ reprezentují indikátorové proměnné pro proměnnou „Psychoterapeutický výcvik“. Základní skupinu pro tuto proměnnou pak tvoří kategorie: směry „Humanistické“.

[12] Uvedený model zahrnuje transformaci závisle proměnné. Pokud by tedy čtenář chtěl zjistit, jakou hodnotu „Náchylnosti k pláči“ by měl dle uvedeného modelu, je nutné výslednou hodnotu „odtransformovat“.

poměr sezení, ve kterých terapeut měl slzy v očích, anebo slzy v očích a na tvářích/v obličeji ku všem realizovaným sezením, a to za poslední čtyři týdny.

Spočítané Spearmanovy korelace ukazují statisticky významný vztah všech položek cílících na pláč klientů s „*Mírou zkušenosti s pláčem*“ terapeuta, a u některých položek s „*Náchylností k pláči*“ a „*Frekvencí pláče*“. Korelace jsou většinou slabé, pouze u „*Míry zkušenosti s pláčem*“ a položky „*Klientovy slzy přispívají k cíli nebo zaměření psychoterapie*“ je vztah středně silný ($r_s = 0,33$).

Tab. č. 25: Souvislost pohledu na pláč klienta s jednotlivými charakteristikami pláče v roli terapeuta[13]

	N	r_s	t(N-2)	p
Míra zkušenosti s pláčem				
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení mohou být důležité pro psychoterapeutický proces	**144**	**0,21**	**2,60**	**p < 0,05**
Cítím se nepříjemně, když klient pláče během psychoterapeutického sezení	**144**	**-0,23**	**-2,78**	**p < 0,01**
Klientovy slzy přispívají k cíli nebo zaměření psychoterapie	**144**	**0,33**	**4,24**	**p < 0,001**
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení ignoruji	**144**	**-0,29**	**-3,61**	**p < 0,001**
Frekvence pláče				
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení mohou být důležité pro psychoterapeutický proces	142	0,14	1,62	0,11
Cítím se nepříjemně, když klient pláče během psychoterapeutického sezení	142	-0,10	-1,18	0,24
Klientovy slzy přispívají k cíli nebo zaměření psychoterapie	**142**	**0,28**	**3,39**	**p < 0,001**
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení ignoruji	142	-0,15	-1,79	0,08
Náchylnost k pláči				
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení mohou být důležité pro psychoterapeutický proces	114	0,15	1,55	0,12
Cítím se nepříjemně, když klient pláče během psychoterapeutického sezení	114	0,11	1,17	0,25
Klientovy slzy přispívají k cíli nebo zaměření psychoterapie	114	0,10	1,04	0,30
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení ignoruji	**114**	**-0,19**	**-2,07**	**p < 0,05**

[13] N = velikost vzorku, r_s = Spearmanův korelační koeficient, t(142) = testová statistika(stupně volnosti), p = p-hodnota

10 Diskuze

Cílem této kapitoly je zamyšlení se nad zkoumaným tématem, způsobem realizace studie, zjištěnými poznatky, potenciálními limity a přínosy prezentovaného výzkumu i diplomové práce jako celku. Součástí bude také porovnání výsledků s jinými relevantními studiemi.

V první kapitole **teoretické části** jsme se pokoušeli definovat psychoterapii, vymezit osobu (psycho)terapeuta a označení příjemce psychoterapie („*klient*“ x „*pacient*“). Vzhledem k rozdílnému chápání těchto pojmů ve zdravotnictví a v rámci jiných rezortů to nebyl jednoduchý úkol. Námi zvolené chápání těchto pojmů dle našeho názoru naplňuje především kritérium smysluplnosti vzhledem ke zkoumanému tématu. Prakticky bylo vymezení těchto pojmů důležité především ve vztahu ke zvolení výběrových kritérií výzkumného souboru realizované studie (viz dále). V kapitole druhé jsme se věnovali pláči u dospělých jedinců. Jedná se o téma poměrně široké, proto vzhledem k rozsahu práce nebylo možné zabývat se všemi otázkami s ním souvisejícími. Zvolili jsme proto ty, které jsou relevantní pro pláč terapeutů. Opět jsme se zde potýkali s problematikou definování pojmů, tentokrát pojmu „pláč“. Jedná se o jeden z těch termínů, kterým sice každý člověk intuitivně rozumí, ale operacionalizovat je pro výzkumné účely je potíž. Nakonec jsme se přidrželi definice „*tears in one´s eyes due to emotional reasons*“ (Vingerhoets & Becht, 1996, in Vingerhoets & Cornelius, 2001, 303), kterou překládáme jako „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“. Jsme si vědomi toho, že tato definice je diskutabilní, neboť pod termínem „pláč“ si mnozí představí projev vyšší intenzity než pouhé „slzy v očích“, které jsou častěji vnímány jako projev dojetí, což vyplývá i z komentářů některých respondentů. Definice navíc nepostihuje například zvukové projevy pláče apod. Tuto definici jsme nicméně zvolili, protože se nejčastěji objevuje v zahraničních výzkumech pláče dospělých (např. Rottenberg et al., 2008; Drenger et al., 2017; aj.). Navíc je pláč takto vymezen i v originálu dotazníku TCIT (Blume-Marcovici, 2012), který jsme využili pro prezentovaný výzkum. Použité chápání termínu pláč bylo napsáno v úvodu dotazníku a opakovaně uváděno v jeho průběhu, abychom zvýšili pravděpodobnost toho, že mu respondenti budou rozumět stejně. V rámci této diplomové práce jsme používali zástupně slova pláč, plakal/a, měl/a slzy v očích, slzel/a apod., avšak snažili jsme se rovněž opakovaně uvádět, jak pláči v rámci výzkumu rozumíme. Ve třetí kapitole jsme udělali krátkou odbočku k tématu sebeodhalení terapeuta v psychoterapii. Ač nepanuje shoda v tom, zda lze pláč považovat za formu sebeodhalení, rozhodli jsme se u něj zastavit, neboť s ním pláč bývá často spojován a my sami pláč jako určitý typ (spíše nezáměrného)

sebeodhalení vnímáme. V poslední kapitole teoretické části se věnujeme dosud realizovaným studiím v zahraničí a krátce i pláči terapeutů v českých podmínkách. Pokud je nám známo, toto téma v českém prostředí doposud nebylo systematicky zkoumáno, proto uvádíme alespoň zmínky na toto téma, které jsme nalezli při rešerši diplomových prací zabývajících se jinými tématy. Při psaní teoretické části jsme museli vycházet takřka výhradně ze zahraničních, převážně anglických zdrojů. Někdy bylo obtížné nalézt vhodný český ekvivalent cizojazyčnému termínu. Proto v případě potřeby pro čtenáře uvádíme cizojazyčný termín v závorce.

Přejděme nyní k **části empirické**. Výzkumný design jsme zvolili kvantitativní deskriptivního charakteru. Ač je pláč velmi jedinečným fenoménem, svou povahou vybízející spíše ke kvalitativnímu zkoumání, kvalitativní design by nám neumožnil odpovědět na naše otázky. Zároveň nám však zcela chyběly podklady pro stanovení hypotéz, proto jsme zůstali u výzkumných otázek. Cílem realizované studie je deskripce fenoménu pláče terapeuta v procesu psychoterapie. Pět výzkumných otázek je čistě deskriptivních, ke zpracovávání poslední jsme využili i inferenční statistiku. Zmíněnou otázku ale považujeme spíše za doplňkovou. Pro realizovanou výzkumnou studii jsme využili dotazník, který byl již dříve použit k výzkumu stejného tématu v USA. Limitem využití tohoto dotazníku je fakt, že přes pečlivý překlad dotazník v české verzi nedrží faktorovou strukturu, což nás omezuje v interpretaci výsledků statistických testů. Vzhledem k deskriptivní povaze celého výzkumu to pro nás není tak velké omezení, nicméně pokud by v budoucnu někdo chtěl překlad dotazníku použít i jinak než deskriptivně, vřele bychom doporučovali další úpravy dotazníku. Pozitivem využití této metody je příležitost porovnat námi zjištěné výsledky se zmíněným výzkumem. Hodně jsme se zamýšleli nad výběrovými kritérii výzkumného souboru. Nakonec jsme se rozhodli přidržet „Kritérií pro akreditace komplexních vzdělávacích programů v psychoterapii pro zdravotnictví od roku 2013“ (ČPtS ČLS JEP, 2012) a do výzkumného vzorku zařadit ty jedince, kteří jsou absolventy či frekventanty výcviku, který daná kritéria naplňuje. Jsme si ale vědomi toho, že taková kritéria lze stanovit různě, a i tato jsou postupně aktualizována. Konečný výzkumný soubor čítal 144 terapeutů, což považujeme za uspokojivé, zejména vzhledem k povaze tématu, délce dotazníku a faktu, že terapeuti jsou skupina poměrně zahlcená různými výzkumnými studiemi. Ve všech fázích výzkumu jsme dbali na etické aspekty výzkumného bádání.

Nyní se zamyslíme nad **zjištěnými výsledky** a pokusíme se je porovnat s dříve realizovanými výzkumy.

I. ***Jaké názory mají terapeuti na pláč terapeutů při psychoterapeutické práci s klientem?***

Terapeuti se shodují v tom, že při posuzování pláče je nejdůležitější **konkrétní kontext a psychoterapeutický vztah**. Slzy terapeuta tedy rozhodně nejsou vnímány jako něco za každých okolností nepřijatelného. U otázek toho, zda je pláč pro psychoterapii užitečný a zda pláč psychoterapii narušuje, jsme se nedobrali k jasnému výsledku. Podobné procento dotázaných s každou z položek souhlasí i nesouhlasí. Zároveň je zde takřka pětina těch, kteří se nemohou rozhodnout, což je rovněž nejčastější odpověď. Koresponduje to s faktem, že terapeuti zdůrazňují konkrétní kontext, ve kterém k pláči dochází. U jiných položek to nehrálo takovou roli pravděpodobně proto, že představují výrazně negativní postoj k pláči, a tak respondentům nedělalo takový problém se vůči nim negativně vymezit. Konkrétní kontext může dle některých výzkumů zahrnovat například intenzitu pláče (např. Ramsahoye, 2014; Tritt et al., 2015), to, zda pláče ve stejnou chvíli i klient (Curtis et al., 2003) či aspekt času (ve smyslu fáze, v níž se psychoterapie nachází; např. Nelson, 2005; Pendleton, 2015).

Dle terapeutů mohou mít slzy terapeuta **pozitivní vliv** nejvíce na autenticitu v psychoterapeutickém vztahu, mohou podpořit klientův pocit, že na něm terapeutovi doopravdy záleží a posílit jeho schopnost mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je. Pláč může být vyjádřením empatie a vést k posílení psychoterapeutického vztahu. Naopak **negativním vlivem** může být určité zatížení klienta emocemi terapeuta. To koresponduje s některými zahraničními studiemi (např. Waldman, 1995; Caron-Besch, 2012; aj.). Protože jsme k výzkumu využili dotazník, který byl vytvořen a použit v rámci jiného výzkumu v USA, můžeme nyní porovnat terapeuty očekávané dopady pláče v obou výzkumech. Očekávané pozitivní a negativní důsledky pláče terapeuta se v našem vzorku podstatně neliší od amerického. Nejčastěji uváděné pozitivní důsledky jsou podobné, liší se pouze procentuálním zastoupením terapeutů, kteří je uvedli. Co se týká důsledků negativních, v americkém vzorku jsou uváděny častěji.

Tab. č. 26: Očekávané pozitivní a negativní důsledky pláče – srovnání

	Blume-Marcovici et al. (2013)	Prezentovaný výzkum
Očekávané pozitivní důsledky	**V %**	
Pocit klienta, že na něm terapeutovi doopravdy záleží	82	66
Nárůst autenticity v psychoterapeutickém vztahu	72	78
Dovoluje klientovi cítit	61	-
Terapeut bude modelem pro přiměřené vyjadřování emocí	59	53
Nárůst otevřenosti v psychoterapeutickém vztahu	59	60
Pocit klienta, že terapeut mu opravdu rozumí	59	58
Lepší vztah	57	49
Posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je	-	62
Poskytnutí pozitivní emoční zkušenosti pro klienta	-	56
Očekávané negativní důsledky	**V %**	
Obava klienta, že terapeut nebude schopen zvládnout klientovy pocity	69	49
Zatížení klienta pocity terapeuta	64	55
Obrácení rolí, kdy klient bude cítit, že se musí o terapeuta postarat	56	41

Za nejdůležitější hledisko při rozhodování, zda vlastní slzy potlačit, nebo si dovolit plakat, terapeuti považují **prospěšnost vlastních slz pro daného klienta**. Opět zde rezonuje myšlenka jedinečnosti každé situace a vztahu s klientem.

II. *Vyskytuje se v České republice fenomén pláče terapeuta v psychoterapii?*

79 % terapeutů z našeho výzkumného vzorku má zkušenost s vlastními slzami při práci s klientem. Rozpětí výskytu pláče u terapeutů je v rámci různých zahraničních výzkumů poměrně široké, což si vysvětlujeme tím, že byly využívány různé výzkumné postupy a nástroje, velikosti výzkumných souborů a rovněž chápání pláče bylo různorodé. Námi zjištěné hodnoty jsou nejblíže výzkumu Blume-Marcovici et al. (2013), což interpretujeme tak, že jsme využili stejný výzkumný nástroj a definici pláče. Naopak nejvíce vzdálené našim výsledkům jsou hodnoty Caron-Besch (2012) – 33 % z pohledu terapeutů. Tato autorka nicméně definovala pláč jako „*the visible trickling down of tears as the result of an emotional response*" („viditelné stékání slz jako výsledek emoční reakce"). Na rozdíl od námi využité definice tato za pláč nepovažuje pouhé slzy v očích. Z toho důvodu výsledná procenta mohou být nižší. Caron-Besch (2012) však dále uvádí i relativní četnost epizod, kdy terapeut „slzel". Tuto zkušenost uvedlo 78 % terapeutů, což jsou již hodnoty analogické k výsledkům prezentovaného výzkumu i studií jiných. Dále v tabulce prezentujeme srovnání námi naměřených hodnot s dalšími výzkumy. Poslední dva řádky se týkají výskytu pláče terapeutů z pohledu klientů. Ty uvádíme spíše pro zajímavost, námi prezentovaný výzkum pohled klientů nezahrnoval.

Tab. č. 27: Míra zkušenosti s pláčem – srovnání

Výzkumná studie	Velikost vzorku	V %
Prezentovaný výzkum	144	79
Pope et al. (1987)	456	57
Nelson (2005)	19	66
't Lam (2011)	819	87
Blume-Marcovici et al. (2013)	684	72
Knox et al. (2017)	18	56
Caron-Besch (2012)	106	33
Caron-Besch (2012) – z pohledu klientů	87	5
Tritt et al. (2015) – z pohledu klientů	188	56

Dle našich zjištění **se slzy objevují asi v 5 % všech sezení**, což je v souladu například s výzkumem Blume-Marcovici et al. (2013), ve kterém se jednalo o 7 %. Je však třeba mít na zřeteli, že se jedná pouze o odhad terapeutů, který může být zkreslený. Přesto nám může přinést alespoň přibližnou představu o frekvenci tohoto fenoménu. Rovněž v otázce intenzity pláče jsou naše výsledky ve shodě s dosud realizovanými studiemi (Knox et al., 2017; Tritt et al., 2015; Blume-Marcovici et al., 2013; aj.), které uvádí, že pláč se projevuje především slzením.

Z pohledu terapeutů se **v průběhu kariéry frekvence pláče terapeuta spíše nemění**. Nicméně zjišťovali jsme pouhé četnosti odpovědí na položky „*Během terapie jsem plakal/a častěji na počátku své kariéry, než pláču ted*" a „*Během terapie pláču častěji nyní, než jsem plakal/a dříve*". Nejčastější reakcí na obě z nich bylo „Ne". Na obě položky zároveň neodpověděl „Ano" ani jeden z terapeutů, nebylo by tedy relevantní porovnávat odpovědi na obě z otázek ani testem chí-kvadrát, který jsme původně zamýšleli k tomuto srovnání využít.

III. *V jakých situacích terapeuti v psychoterapii pláčou?*

Hledali jsme také situace, ve kterých se slzy terapeuta objevují. Obecně se častěji jedná **o empatickou reakci vůči klientovi** než o projev emocí souvisejících s terapeutovým osobním životem, zkušenostmi a zážitky, což koresponduje s dosud realizovanými studiemi, které se na toto zaměřovaly (např. Blume-Marcovici et al., 2015a; Knox et al., 2017; aj.). Rovněž některé komentáře respondentů, které poskytli v závěru dotazníku, naznačují, že toto rozlišení považují za zásadní i při posuzování vhodnosti slz. Otázkou zůstává, do jaké míry lze jasně oddělit „*empatickou reakci vůči klientovi*" od „*emocí souvisejících s osobním životem terapeuta*". O tomto tématu ve své knize poutavě píše Nelson (2005), podle které je za empatickými slzami v obrovské většině případů určitá skrytá vrstva něčeho osobního. V námi využitém dotazníku toto rozlišení možné

povětšinou je, přičemž druhé zmíněné je reprezentováno položkami jako „*Když se během sezení cítíte unavený/á nebo nemocný/á"* nebo „*Když jste byl/a smutný/á nebo dojatý/á z důvodů, které nebyly spojené se sezením*". Z našeho pohledu se ale v realitě jedná o kontinuum, kde na jedné straně by byla čirá empatie terapeuta a na straně druhé terapeut v akutní osobní krizi, který je v dané životní situaci extrémně náchylný k pláči nezávisle na konkrétních klientech. A mezi těmito body by byly všechny ty případy, kdy v terapeutovi slzy sice vyvolává konkrétní klientův příběh, ale ten je vyvolává z nějakého důvodu, například protože má terapeut podobnou osobní zkušenost (v dotazníku nejlépe reprezentované položkou „*Když si během sezení s klientem připomenete svou vlastní smutnou zkušenost*"). Jedná se o něco naprosto přirozeného, protože i terapeut je člověk s vlastním příběhem a jedinečným emočním prožíváním, které nelze opomíjet.

Dle dříve realizovaných studií se jedná konkrétně o situace diskutování ztráty na straně klienta (např. Waldman, 1995; Blume-Marcovici et al., 2015a; Knox et al., 2017; aj.), zážitku traumatu, zneužívání (např. Caron-Besch, 2012; Blume-Marcovici et al., 2015a; aj.) a ukončování psychoterapie (např. Nelson, 2005; Caron-Besch, 2012; Knox et al., 2017; aj.). Je zajímavé, že například v posledním bodě se námi dotázaní terapeuti s většinou výzkumů neshodují. Převážně totiž uváděli, že **se jejich slzy v souvislosti s ukončováním psychoterapie neobjevují**. Více k nim dochází v průběhu psychoterapie než v jejím závěru. Na ostatní uvedené situace jsme se takto konkrétně neptali, ze spontánních komentářů terapeutů však lze usuzovat, že tyto budou i u českých terapeutů podobné, tedy ztráta na straně klienta, a to ve smyslu ztráty blízkého člověka (jmenovitě bylo uváděno úmrtí dítěte) i ztráty v podobě vážné újmy na zdraví (terminální diagnózy, vážná onemocnění, …).

Fakt, že se většina terapeutů při hodnocení daných situací pohybovala v kategoriích „*Nikdy*", „*Velmi zřídka*", „*Zřídka*", maximálně pak „*Někdy*" a zbylé kategorie byly použity jen zřídka, hezky koresponduje se dříve zmíněnou nízkou frekvencí pláče v rámci psychoterapeutických sezení. Je nutné zde zmínit, že se jednalo o uzavřenou otázku, ve které terapeuti hodnotili frekvenci pláče v předložených situacích na škále. Pro případné budoucí výzkumy by mohlo být přínosné postavit tuto otázku jako otevřenou.

V 75 % všech případů, kdy terapeut plakal, **plakal zároveň i klient**. To je ve shodě se zjištěním Blume-Marcovici et al. (2013), podle nichž se tak děje v 73 %.

IV. ***Jak vnímají vlastní slzy a jejich dopad terapeuti, kteří s nimi mají konkrétní zkušenost?***

Pouze pro malé procento terapeutů byly vlastní slzy něčím nepříjemným, čeho by litovali, což je v souladu se zjištěními Blume-Marcovici et al. (2015a). Zároveň ale nelze tvrdit, že by je hodnotili jako příjemné. V reakci na položku „*Mé slzy mi byly příjemné*“ se terapeuti rozcházeli. Ve skutečnosti danou položku nejčastěji hodnotili stupněm „*Nemohu se rozhodnout*“ (32 %), což lze interpretovat tak, že pro ně bylo obtížné na položku v daném znění odpovědět. Je tedy možné, že v nich vlastní slzy sice vyvolávaly pozitivní pocity, které by ale označili jinak než jako „*příjemné*“. Pro budoucí studie by mohlo být vhodné danou otázku formulovat jako otevřenou, i tak je ale možné, že pocity v dané situaci by byly natolik komplexní, že by je bylo obtížné kategorizovat.

Z pohledu terapeutů měly jejich slzy **pozitivní (60 %), případně žádný (40 %) vliv na psychoterapeutický vztah**. Žádný z dotázaných neuvedl, že by došlo k jeho zhoršení. Podobné výsledky publikovali taktéž Caron-Besch (2012) i Blume-Marcovici et al. (2013). Slzy napomohly upevnění psychoterapeutického vztahu, a to prostřednictvím **vyjádření zájmu, empatie a porozumění**. Vedly k **posílení autenticity**, **blízkosti, důvěry** ve vztahu i důvěry klienta v sebe sama a své kompetence. Terapeuti je vnímali jako prostředek **normalizace** prožívání klienta. Z jejich úhlu pohledu napomohly rovněž **větší otevřenosti** na straně klienta. Podpořily **vnímání a vyjadřování vlastních emocí klienta**. Podobné výsledky prezentovaly také jiné studie (např. Matise, 2015; Pendleton, 2015; aj.). Dle některých terapeutů měly slzy přínos i pro ně v podobě **vlastního uvědomění**, které později mohli vnést do sezení. Přestože žádný z terapeutů neuvedl, že by slzy zhoršily psychoterapeutický vztah, objevilo se zde **téma obav**, které slzy u některých klientů vyvolaly, a to v tom smyslu, že jejich situace je tak vážná, že dojala i terapeuta. Rovněž v některých dřívějších výzkumech se téma negativních emocí klienta jakožto důsledku slz terapeuta objevuje (např. Waldman, 1995; Pendleton, 2015; aj.). Jak je komplexní proces psychoterapie, tak komplexní mohou být i dopady terapeutových slz.

V. ***Jsou terapeuti připraveni na to, jak nakládat s vlastními slzami v psychoterapii a jak s nimi reálně nakládají, když se to stane?***

Dle naprosté většiny dotázaných by terapeuti **měli být nějakým způsobem připravováni** na to, jak zvládat vlastní slzy v roli terapeuta. 39 % terapeutů taková příprava byla do určité míry poskytnuta v rámci jimi absolvovaného psychoterapeutického výcviku.

61 % dotázaných téma vlastních slz **diskutovalo se supervizorem či kolegou** (ať už při psychoterapii kdy plakali, nebo ne). 69 % těch, kteří mají osobní zkušenost s vlastními slzami v psychoterapii, se **cítilo předem na takovou situaci připraveno** a zároveň 23 % bylo vlastními slzami do určité míry **zaskočeno**. Většina z nich o této zkušenosti někomu řekla a 19 % **vyhledalo supervizi**. Také dle dosud realizovaných výzkumů by pláči terapeuta měla být věnována větší pozornost v rámci psychoterapeutických výcviků, supervizí apod. (např. Ramsahoye, 2014; Blume-Marcovici et al., 2015b; Matise, 2015; aj.). Nadpoloviční většina terapeutů (61 %) **o svých slzách s klientem nějakým způsobem mluvila**, což je něco, co doporučují mnozí autoři (např. Pendleton, 2015; Matise, 2015; Knox et al., 2017; aj.). Rovněž statistický test ukázal, že existuje určitý **pozitivní vztah mezi diskuzí o vlastních slzách s klientem a vnímaným zlepšením psychoterapeutického vztahu**. Podobná souvislost byla nalezena i ve výzkumu Blume-Marcovici et al. (2015a).

Pro vyjádření míry souhlasu nebo nesouhlasu s danými položkami jsme na několika místech v rámci celé práce využívali postup slučování kategorií. Jsme si vědomi toho, že tak dochází k určité redukci informace. Daný postup ale považujeme za vhodný vzhledem k lepší srozumitelnosti pro čtenáře. Pro zájemce zároveň uvádíme i podrobné hodnoty, tak aby si kdokoliv mohl přečíst i přesná původní čísla.

VI. *Souvisí pláč terapeuta v psychoterapii s některými jinými proměnnými na straně terapeuta?*

Které charakteristiky na straně terapeuta mohou mít vztah k jeho pláči? Dle námi zjištěných výsledků terapeutovo pohlaví na jeho pláč vliv nemá. Tyto výsledky jsou ve shodě s výzkumem Blume-Marcovici et al. (2013), jiné výzkumy však určitý vliv pohlaví nalezly (např. Caron-Besch, 2012; ‘t Lam, 2011). Některé dříve realizované zahraniční studie se shodují, že terapeuti starší a terapeuti s delší praxí pláčou častěji (Blume-Marcovici et al., 2013; Matise, 2015), což se nám potvrdit nepodařilo. Naopak **sklon terapeuta k pláči v běžném životě** má vztah k oběma měřeným charakteristikám pláče (míře zkušenosti i náchylnosti), což koresponduje s výsledky Blume-Marcovici et al. (2013). Rovněž to odpovídá očekáváním některých terapeutů, která spontánně prezentovali v rámci komentářů k tématu. S oběma charakteristikami pláče souvisí též **směr absolvovaného psychoterapeutického výcviku**. U humanisticky orientovaných terapeutů se ukazuje vyšší míra zkušenosti s pláčem než u jejich analyticko-psychodynamických

a kognitivně-behaviorálních kolegů. Pro náchylnost k pláči je ale situace o něco jiná. Humanisticky orientovaní terapeuti mají i „*Náchylnost k pláči*“ vysokou, nicméně rozdíl oproti analyticko-psychodynamickým kolegům zde není signifikantní. Statisticky významně méně náchylní k pláči v roli terapeuta jsou kognitivně-behaviorální ($p < 0,05$) a systemicky zaměření ($p < 0,01$) terapeuti. Nicméně vzhledem k výši p-hodnoty u skupiny kognitivně-behaviorálních terapeutů, která se blíží 0,05, lze spekulovat o tom, že rozdíl mezi nimi a humanisticky orientovanými terapeuty v náchylnosti k pláči ve skutečnosti neexistuje a že se jedná pouze o falešně pozitivní výsledek. Také dle Blume-Marcovici et al. (2013) pláč souvisí s teoretickou orientací terapeuta, přičemž se vyskytuje méně často u kognitivně-behaviorálních terapeutů. Nelze ale opominout předpoklad, že člověk si směr psychoterapeutického výcviku vybírá často v souladu se svým osobnostním nastavením, které může souviset s častějším pláčem (ač toto výzkumně zatím prokázáno nebylo, viz dále). V tomto kontextu – i pokud skutečně souvisí směr absolvovaného psychoterapeutického výcviku a pláč terapeuta – stále nevíme, co předcházelo a co následovalo.

Zůstává zde **spousta dalších faktorů na straně terapeuta**, které mohou hrát roli a kterým jsme se v rámci tohoto výzkumu nevěnovali. Očekávali bychom určitý vliv osobnosti terapeuta (tento názor zastávají i mnozí dotázaní), přestože pravděpodobně jediná studie, která se tomuto doposud věnovala (Blume-Marcovici et al., 2013), tomu nenasvědčuje. Nicméně daná studie zkoumala pouze několik osobnostních rysů a samozřejmě nemohla postihnout jedinečnou osobnost jako celek. Z osobnostního nastavení mohou být podstatné mimo jiné faktory jako objektivní sklon k pláči v běžném životě (nejen ten subjektivní – založený na sebeposouzení jedné položky) či terapeutovo přesvědčení ohledně vyjadřování emocí. To se odráží například také v tom, že námi vytvořený obecný lineární model vysvětluje pouze 19 % variability sledované proměnné („*Náchylnosti k pláči*“). Význam mohou mít samozřejmě **rovněž faktory na straně klienta**, jak naznačují některé dřívější výzkumy (např. Waldman, 1995; Ramsahoye, 2014; aj.) a **jejich vzájemná interakce** (např. Tritt et al., 2015).

Přestože jsme zde využívali inferenční statistiku, zůstali jsme u výzkumné otázky, namísto stanovení hypotéz. Z našeho pohledu neexistovalo dostatek zdrojů, kterými bychom takové hypotézy podložili. Existují sice některé zahraniční výzkumy, se kterými zde porovnáváme naše zjištění. Nicméně tato porovnání lze brát pouze orientačně, protože dané studie využívaly rozličné definice pláče i psychoterapie, různé výzkumné nástroje a strategie, což

dle našeho názoru může významně zkreslit výsledky. V některých ohledech navíc poskytují i opačná zjištění, takže podklady pro hypotézy by byly minimálně sporné.

Omezením výzkumu jako celku je fakt, že je založený pouze na sebeposouzení terapeutů. Zjištěné výsledky jsou tedy jen jejich pohledem na věc. Zajímavý by jistě byl pohled klientů, případně porovnání perspektiv klienta a terapeuta. Toto by nicméně vyžadovalo další studii. Jsme si vědomi určité redukce informací, kterou přináší využitý dotazník. Zejména při interpretaci (ne)nalezených vztahů mezi různými proměnnými je nutné brát jeho limity v úvahu. I přesto tyto vztahy mohou potenciálně být naznačením směru pro další výzkum.

Za **přínos** této diplomové práce považujeme především zpracování rešerše dosud realizovaných výzkumů a realizaci první sondy do v českém kontextu doposud neprobádané oblasti pláče terapeuta v psychoterapii, která může podnítit diskuzi o tomto fenoménu mezi terapeuty a být inspirací pro supervizní a výcvikovou práci. Přesahem mohou být rovněž doporučení pro praxi, založená na dřívějších studiích a doložená i tou prezentovanou.

11 Závěry

Oblastí našeho zájmu byl fenomén pláče terapeuta při psychoterapeutické práci s klientem. Rešerše relevantní literatury a námi realizovaná studie přinesla některé podnětné poznatky, které dále shrneme.

Terapeuti nevnímají pláč v roli terapeuta jako něco nepřijatelného, čemu by se měl terapeut za každou cenu vyhnout. Shodují se však, že míra vhodnosti terapeutových slz vždy závisí na konkrétním kontextu a jedinečných charakteristikách psychoterapeutického vztahu. Hlavním důvodem pro potlačení vlastních slz pro ně je, že slzy v daném momentě nepovažují za prospěšné pro klienta. Bez ohledu na to, zda s pláčem mají osobní zkušenost, mohou mít z pohledu terapeutů jejich slzy vliv na nárůst autenticity ve vztahu s klientem, klient je může vnímat tak, že na něm terapeutovi skutečně záleží, mohou vést k posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je, ale zároveň mohou klienta zatížit pocity terapeuta.

Z dotázaných 144 terapeutů má za svou kariéru s vlastním pláčem zkušenost 79 %, přičemž se jedná o něco, s čím se při své praxi většina z nich setkává zřídka, přibližně v 5 % všech sezení. Převážně je pláč pouze krátce trvající a je reprezentován slzami v očích. Slzy se objevují v různých fázích v průběhu psychoterapie a vznikají povětšinou jako empatická reakce na klienta a jeho příběh spíše než jako projev protipřenosu terapeuta. V 75 % případů v takové situaci pláče zároveň také klient. Z vlastní poslední zkušenosti terapeutů vyplývá, že slzy pro ně nebyly něčím nepříjemným, čeho by litovali. Nelze ale jednoznačně tvrdit, že by byly něčím vysloveně příjemným. Slzy v některých případech napomohly ke zlepšení psychoterapeutického vztahu, jindy na něj neměly žádný vliv, a to v závislosti na konkrétním kontextu.

Naprostá většina terapeutů se shoduje v tom, že by terapeuti měli být nějakým způsobem připravováni na to, jak zvládat vlastní slzy v roli terapeuta. Dle 39 % dotázaných mělo téma pláče terapeuta v psychoterapii své místo v rámci jimi absolvovaného psychoterapeutického výcviku a 61 % respondentů o tomto tématu diskutovalo se supervizorem či kolegou. V reakci na poslední osobní zkušenost se slzami v roli terapeuta necelá pětina terapeutů vyhledala supervizi, ale většina dotázaných o této zkušenosti s někým mluvila. 61 % dotázaných pak o vlastních slzách diskutovalo přímo s klientem, což vykazuje pozitivní vztah se zlepšením psychoterapeutického vztahu.

Terapeuti s větší zkušeností s pláčem a vyšší náchylností k pláči v psychoterapii mají sklon plakat rovněž častěji v běžném životě. K pláči v roli terapeuta potenciálně má částečně vztah i směr absolvovaného psychoterapeutického výcviku, kdy terapeuti s humanisticky orientovanými směry mají v této oblasti bohatší zkušenost oproti absolventům některých jiných výcviků a jsou i náchylnější k pláči v různých situacích v průběhu psychoterapie. Naproti tomu se neukazuje vliv pohlaví, věku či délky praxe. Způsob, jakým terapeut vnímá slzy klienta, má vztah k míře jeho zkušenosti s pláčem v roli terapeuta, z části k frekvenci takového pláče a k náchylnosti k pláči v různých situacích v průběhu psychoterapie. Tyto potenciální vztahy je však třeba ověřit dalšími výzkumnými studiemi.

Na úplný závěr krátce shrneme doporučení pro praxi, vycházející z rešerše relevantní zahraniční literatury a potvrzená výzkumem tohoto tématu v českém kontextu, která podrobněji popisujeme na konci teoretické části této práce.

1. Velké procento terapeutů má s vlastními slzami v roli terapeuta zkušenost, ač ojedinělou. Stálo by za to tomuto tématu věnovat prostor v rámci psychoterapeutických výcviků a supervizí.
2. Mluvení o vlastních slzách s klientem může mít pozitivní dopad na psychoterapeutický vztah. Někdy stačí pouhé konstatování vlastních pocitů, jindy je vhodné i hlubší povídání o slzách a jejich významu. Záleží na konkrétním, psychoterapeutickém vztahu a kontextu celé situace. To, jak se slzami naložit, je plně v kompetenci daného terapeuta. Vždy by ale v centru pozornosti měl zůstat klient.

Souhrn

V této magisterské diplomové práci se zabýváme fenoménem pláče terapeuta v procesu psychoterapie, kdy pláčem rozumíme „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“. Naším cílem je deskripce tohoto fenoménu v českém prostředí a zaměřujeme se za prvé na názory terapeutů na něj a za druhé na osobní zkušenosti s ním. Pláč terapeuta v procesu psychoterapie je fenomén, který v českých podmínkách dosud nebyl systematicky zkoumán. Ve světě existuje množství kazuistik a rovněž některé kvalitativní i kvantitativní výzkumné studie a tento fenomén v poslední době poutá pozornost některých výzkumníků a vznikají výzkumy nové.

Práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Ve čtyřech kapitolách teoretické části nejprve krátce vymezujeme psychoterapii, její cíle, formy, účinné faktory, směry apod. Dále se věnujeme pláči u dospělých jedinců obecně a zvlášť pláči zdravotníků a pláči klientů v psychoterapii. Následuje stručná odbočka k souvisejícímu tématu sebeodhalení v roli terapeuta. Teoretickou část uzavíráme kapitolou o dosud realizovaných studiích na téma pláče terapeuta v psychoterapii, která je zakončena několika odstavci o doporučeních pro praxi z výzkumů vyplývajících. Výzkumnou část tvoří sedm kapitol, v nichž jsou postupně uvedeny cíle a výzkumné otázky, použité metody, charakteristiky populace a výběrového souboru a etické aspekty studie a popsány zjištěné výsledky, které jsou na závěr diskutovány.

Stanovili jsme si šest výzkumných otázek, na které jsme hledali odpovědi u vzorku 144 lidí poskytujících psychoterapii. Využili jsme při tom dotazníku TCIT, který jsme přeložili z anglického originálu (Blume-Marcovici, 2012) a doplnili sérií otázek na demografické údaje. Výzkumné otázky cílily na to, co si čeští terapeuti myslí o pláči v roli terapeuta, zda s ním mají osobní zkušenost, a pokud ano, v jakých situacích, zda na vlastní slzy byli předem připraveni a jak na ně reagovali. Dále nás zajímalo, jaký byl podle nich dopad jejich slz na psychoterapii. Zkoumali jsme rovněž, zda pláč terapeuta v psychoterapii, jeho frekvence a náchylnost k pláči v různých situacích souvisí s některými jinými proměnnými na straně terapeuta.

Z názorů terapeutů vyplývá, že pláč v roli terapeuta nevnímají jako něco nevhodného, čemu by bylo třeba se vyhnout. Míra vhodnosti slz však závisí vždy na konkrétním klientovi, psychoterapeutickém vztahu a celkovém kontextu. Potenciálně mohou mít podle respondentů slzy terapeutů vliv na nárůst autenticity ve vztahu s klientem, klient je může

vnímat tak, že na něm terapeutovi skutečně záleží, mohou vést k posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je, ale zároveň mohou klienta zatížit pocity terapeuta. Zjistili jsme, že 79 % respondentů má alespoň jednu zkušenost s vlastními slzami v roli terapeuta. Jedná se o zkušenost povětšinou ojedinělou, k pláči dochází průměrně v 5 % všech sezení. Pláč se projevuje slzami v očích, obvykle trvá jen krátce a dochází k němu v různých fázích procesu psychoterapie. Bývá reakcí na klientův příběh spíše než projevem osobních záležitostí terapeuta. Objevuje se v rozličných situacích a ve třech čtvrtinách takových případů pláče rovněž klient. Slzy pro terapeuty nejsou něčím nepříjemným, čeho by litovali. Dopad slz na psychoterapeutický vztah je závislý na konkrétním kontextu, nicméně nikdo z terapeutů neuvedl zkušenost, kdy by vztah slzy zhoršily. V některých případech neměly dopad žádný, někdy vedly dokonce ke zlepšení vztahu. Zlepšení vztahu v reakci na slzy terapeuta uvádí častěji ti terapeuti, kteří o svých slzách s klientem mluvili. Dle většiny dotázaných je téma pláče vhodné nějakým způsobem začlenit do vzdělávání terapeutů, přičemž 39 % uvádí, že v rámci jimi absolvovaného výcviku byla tomuto tématu věnována pozornost a 61 % o něm již někdy diskutovalo se supervizorem či kolegy. O vlastních slzách 61 % dotázaných mluvilo s klientem, 19 % v reakci na ně vyhledalo supervizi a většina terapeutů o této zkušenosti někomu řekla. Pláč v roli terapeuta souvisí se sklonem k pláči v běžném životě a se směrem psychoterapeutického výcviku, který terapeut absolvoval. Vyšší míru zkušenosti s pláčem i náchylnost k pláči mají terapeuti s výcvikem humanistického směru. Souvislost s pohlavím, věkem či délkou praxe jsme nenalezli. Terapeutovo vnímání slz klienta má vztah k míře jeho zkušenosti s pláčem v roli terapeuta, z části k frekvenci takového pláče a k náchylnosti k pláči v různých situacích v průběhu psychoterapie.

V rámci kapitoly diskuze rozebíráme mnohé limity realizovaného výzkumu. Je třeba zdůraznit především omezení plynoucí z obtížné kvantifikovatelnosti tématu, jakým je pláč v roli terapeuta, a s tím související limity využitého dotazníku. Zjištěné vztahy je proto nutné brát pouze jako možné podklady pro hypotézy v rámci budoucích výzkumných studií. Z našeho pohledu má toto téma potenciál pro další zkoumání. Za zajímavé považujeme například prozkoumání pláče terapeutů z pohledu klientů. Námětem lákavého, i když ambiciózního výzkumného projektu by rovněž mohla být kvalitativní studie zkoumající konkrétní jedinečné případy slz terapeuta z pohledu daného terapeuta a jeho klienta. Za přínos této diplomové práce považujeme první zpracování relevantní literatury

k danému tématu, včetně určitých doporučení pro praxi, prvotní sondu do tohoto tématu v českém prostředí i pouhé zvědomení daného fenoménu pro terapeuty.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Albornoz, Y. (2013). Crying in music therapy: An exploratory study. *Qualitative Inquiries in Music Therapy*, *8*, 31–50. Získáno 20. října 2016 z http://www.barcelonapublishers.com/resources/QIMTV8/QIMT8-2_Albornoz.pdf

Alden, P. A. (2001). Gently wiping her tears away. In S. Kahn & E. Fromm (Eds.), *Changes in the therapist* (97–104). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Angoff, N. R. (2001). Crying in the curriculum. *Jama*, *286*(9), 1017–1018. DOI: 10.1001/jama.286.9.1017

Audet, C. T. (2011). Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? *Counselling Psychology Quarterly*, *24*(2), 85–100. DOI 0.1080/09515070.2011.589602

Balsters, M. J. H., Krahmer, E. J., Swerts, M. G. J., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2013). Emotional tears facilitate the recognition of sadness and the perceived need for social support. *Evolutionary Psychology*, *11*(1), 148–158. DOI: 10.1177/147470491301100114

Barnett, J. E. (2011). Psychotherapist self-disclosure: ethical and clinical considerations. *Psychotherapy*, *48*(4), 315–321. DOI: 10.1037/a0026056

Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi.* Praha: Portál.

Becht, M. C., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2002). Crying and mood change: A cross-cultural study. *Cognition & Emotion*, *16*(1), 87–101. DOI: 10.1080/02699930143000149

Bloomgarden, A. (2017). An Eye-Opening Eye Infection: Treating Therapists' Tears as Self-Disclosure. In A. C. Blume-Marcovici (Ed.), *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (59–72). NY: Routledge.

Blume-Marcovici, A. C. (2012). *Tracking our tears: An empirical investigation of therapist crying in therapy*. (Dizertační práce). Získáno 16. října 2016 z Proquest. UMI: 3503469

Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, *50*(2), 224–234. DOI: 10.1037/a0031384

Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2015a). Examining Our Tears: Therapists' Accounts of Crying in Therapy. *American journal of psychotherapy*, *69*(4), 399–421. Získáno 30. listopadu 2016 z http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=40bf2eba-ba8b-4983-a056-84eac69fc1cc%40sessionmgr4006

Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., Khademi, M., & Giromini, L. (2015b). When therapists cry: Implications for supervision and training. *The Clinical Supervisor*, *34*(2), 164–183. DOI: 10.1080/07325223.2015.1048556

Blume-Marcovici, A. C., Schraufnagel, K. E., Khademi, M., & Stolberg, R. A. (2017). Supervising Our Tears: A Guide for Supervisors and Trainees. In A. C. Blume-Marcovici (Ed.), *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (155-163). NY: Routledge.

Bojková, S. (2012). *Prožívání pomáhajících pracovníků při práci s ženskými oběťmi domácího násilí*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Brandell, J. R. (2017). M. Night Shyamalan's The Sixth Sense: Relational Authenticity, Self-Disclosure, and a Child Therapist's Tears. In A. C. Blume-Marcovici (Ed.), *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (165–181). NY: Routledge.

Capps, K. L., Fiori, K., Mullin, A. S., & Hilsenroth, M. J. (2013). Patient Crying in Psychotherapy: Who Cries and Why? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Získáno 15. října 2015 z http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1879/full

Caron-Besch, M. L. (2012). *Emotional Displays by Mental Health Professionals: A Survey Study of Therapists' and Clients' Opinions and Experiences*. (Dizertační práce). Emory University. Získáno 16. října 2016 z https://legacy-etd.library.emory.edu/view/record/pid/emory:bn78g

Counselman, E. F. (1997). Self-disclosure, tears, and the dying client. *Psychotherapy*, *34*, 233–237. DOI: 10.1037/h0087715

Cuevas-Escorza, L., & Garrido-Fernández, M. (2015). Client crying in the context of family therapy: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, *37*(3), 308–321. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2012.00596.x

Curtis, R., Matise, M., & Glass, J. S. (2003). Counselling students' views and concerns about weeping with clients: A pilot study. *Counselling and Psychotherapy Research*, *3*(4), 300–306. DOI: 10.1080/14733140312331384303

Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČPtS ČLS JEP). (2012). *Kritéria pro akreditace komplexních vzdělávacích programů v psychoterapii pro zdravotnictví od roku 2013*. Získáno 16. října 2017 z http://www.psychoterapeuti.cz/dokumenty/category/6-kriteria-a-schvalovani-vzdelavacich-programu#

Denckla, C. A., Fiori, K. L., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2014). Development of the crying proneness scale: associations among crying proneness, empathy, attachment, and age. *Journal of personality assessment*, *96*(6), 619–631. DOI: 10.1080/00223891.2014.899498

Drenger, M., Mikulincer, M., & Berant, E. (2017). Attachment orientations and adult crying. *Psychoanalytic Psychology*, *34*(3), 311–321. DOI: 10.1037/pap0000096

The European Association for Psychotherapy (EAP). (1990). *STRASBOURG DECLARATION ON PSYCHOTHERAPY OF 1990*. Získáno 10. listopadu 2017 z http://www.europsyche.org/download/cms/100510/EAPLogo-Strassburg-Dekl-e.pdf

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Frijda, N. H. (2001). Foreword. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult Crying: A Biopsychosocial Approach* (XIII–XVIII). Hove (UK): Brunner-Routledge.

Gibson, M. F. (2012). Opening up: Therapist self-disclosure in theory, research, and practice. *Clinical Social Work Journal*, *40*(3), 287–296. DOI: 10.1007/s10615-012-0391-4

Goldstein, E. G. (1994). Self-disclosure in treatment: What therapists do and don't talk about. *Clinical Social Work Journal*, *22*(4), 417–433. DOI: 10.1007/BF02190331

Gubaniová, P. (2013). *Prožitek terapeuta při psychoterapii s klientem s patologickým hráčstvím*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Hallock, K. (1995). Don't be afraid to cry. *The American Journal of Nursing*, *95*(4), 80. DOI: 10.1097/00000446-199504000-00037

Harris, M. (2017). The tears of abuse. In A. C. Blume-Marcovici (Ed.), *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (131–141). NY: Routledge.

Hendriks, M. C., Croon, M. A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008). Social reactions to adult crying: The help-soliciting function of tears. *The Journal of social psychology*, *148*(1), 22–41. DOI: 10.3200/SOCP.148.1.22-42

Henretty, J. R., Currier, J. M., Berman, J. S., & Levitt, H. M. (2014). The impact of counselor self-disclosure on clients: A meta-analytic review of experimental and quasi-experimental research. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(2), 191–207. DOI: 10.1037/a0036189

Hepburn, A. (2004). Crying: Notes on description, transcription, and interaction. *Research on Language and Social Interaction*, *37*(3), 251–290. DOI: 10.1207/s15327973rlsi3703_1

Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 413–422. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.413

Hill, C. E., Mahalik, J. R., & Thompson, B. J. (1989). Therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *26*(3), 290–295. DOI: 10.1037/h0085438

Hovězáková, P. (2014). *Prožívání psychoterapeutů při práci se sebevražednými klienty*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Knox, S., Hess, S. A., Petersen, D. A., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of counseling psychology*, *44*(3), 274–283. DOI: 0022-0167/97/$3.DO

Knox, S., Hill, C. E., Knowlton, G., Chui, H., Pruitt, N., & Tate, K. (2017). Crying in psychotherapy: The perspective of therapists and clients. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *54*(3), 292–306. DOI: 10.1037/pst0000123

Krajčová, J. (2013). *Sebeodhalení terapeuta v psychoterapii*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie, vyd. 2.* Praha: Portál.

Kukulu, K., & Keser, İ. (2006). Patient crying in hospitals: a survey on undergraduate nursing and medical students. *Medical teacher*, *28*(5), 487. DOI: 10.1080/01421590500314769.

Labott, S. M. (2001). Crying in psychotherapy. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult Crying: A Biopsychosocial Approach* (213–226). Hove (UK): Brunner-Routledge.

Labott, S. M., & Martin, R. B. (1988). *Emotional Weeping, Age, and Physical Disorder*. At *the Annual Meeting of the American Psychological Association* (96th, Atlanta, GA, August 12–16, 1988). Získáno 31. října 2017 z http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED304622.pdf

‘t Lam, C. J. (2011). *Attitudes ten aanzien van en ervaringen met huilen in therapie. [Attitudes towards and experiences with crying during therapy. A study among mental health professionals]* (Diplomová práce). Získáno 31. března 2016 z http://www.kent.ac.uk/psychology/cere2012/downloads/cere-2012-programme.pdf

Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *38*(4), 357–361. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.357

Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie, vyd. 2.* Praha: Portál.

Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(3), 314–324. DOI: 10.1037/0022-0167.53.3.314

Matise, M. (2015). An Exploration of the Personal Experiences and Effects of Counselors’ Crying in Session. *The Professional Counselor*, *5*(1), 28–38. DOI: 10.15241/mm.5.1.28

Michálková, K. (2017). *Strategie vyrovnávání se pomáhajících pracovníků se smrtí klientů ve vybraných domovech pro seniory*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Michňová, Z. (2013). *Psychoterapeutická práce s dětmi, které se vyrovnávají se ztrátou blízké osoby*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 173–185. DOI: 10.1037/0033-3204.43.2.173

Nelson, J. K. (2005). *Seeing through tears: Crying and attachment*. NY: Routledge.

Nelson, J. K. (2017). The feeling is mutual: therapist crying from an attachment/caregiving perspective. In A. C. Blume-Marcovici (Ed.), *When Therapists Cry: Reflections on Therapists' Tears in Therapy* (43–57). NY: Routledge.

Nováková, O. (2015). *Reflexe nezdařených intervencí sociálních pracovníků do životní situace rodin s dětmi*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Owens, C. (2005). Moved to tears: Technical considerations and dilemmas encountered in working with a 13-year-old boy with acquired quadriplegia. *Journal of child psychotherapy, 31*(3), 284–302. DOI: 10.1080/00754170500370753

Pendleton, K. (2015). *Female Adolescent's Experience of their Therapist Crying in Therapy*. (Diplomová práce). University of Kentucky. Získáno 16. října 2016 z https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=hes_etds

Peter, M., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Heck, G. L. (2001). Personality, gender, and crying. *European Journal of Personality, 15*(1), 19–28. DOI: 10.1002/per.386

Petriček, G., Vrcić-Keglević, M., Lazić, D., & Murgić, L. (2011). How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. *The European journal of general practice, 17*(3), 153–159. DOI: 10.3109/13814788.2011.576339

Plchová, R. (2017). *Analýza reflektivně-responzivní kapacity frekventantů Výcviku integrace v psychoterapii*. (Dizertační práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist, 42*, 993–1006. DOI: 10.1037/0003-066X.42.11.993

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing.

Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Pruthi, S., & Goel, A. (2014). Doctors do cry. *Indian Journal of Medical Ethics*, *11*(4), 249–251. DOI: 10.20529/IJME.2014.063

Ramsahoye, R. (2014). *To Cry or Not to Cry? An Interpretative Phenomenological Analysis of Four Therapists' Attitudes Towards Crying in Front of a Client*. (Diplomová práce). Institute of Integrative Counselling and Psychotherapy. Získáno 16. října 2016 z http://www.academia.edu/8997846

Robinson, N., Hill, C. E., & Kivlighan Jr, D. M. (2015). Crying as communication in psychotherapy: The influence of client and therapist attachment dimensions and client attachment to therapist on amount and type of crying. *Journal of counseling psychology*, *62*(3), 379–392. DOI: 10.1037/cou0000090

Rottenberg, J., Bylsma, L. M., Wolvin, V., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2008). Tears of sorrow, tears of joy: An individual differences approach to crying in Dutch females. *Personality and Individual Differences, 45*(5), 367–372. DOI: 10.1016/j.paid.2008.05.006

Říkalová, A. (2015). *Prožívání psychoterapeutů při práci s klienty s poruchami příjmu potravy*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Schnellbacher, J., & Leijssen, M. (2009). The significance of therapist genuineness from the client's perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, *49*(2), 207–228. DOI: 10.1177/0022167808323601

Sigmundová, L. (2014). *Prožívání psychoterapeutů při práci s onkologickými pacienty*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Simons, G., Bruder, M., van der Löwe, I., & Parkinson, B. (2012). Why try (not) to cry: intra-and inter-personal motives for crying regulation. *Frontiers in psychology*, *3*, 1–9. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00597

Soares, A. (2003). Tears at work: gender, interaction, and emotional labour. *Just Labour*, *2*, 36–44. Získáno 13. října 2016 z https://justlabour.journals.yorku.ca/index.php/justlabour/article/view/174

Stromská, P. (2013). *Důležité charakteristiky odborných pracovníků terapeutické komunity pro drogově závislé z hlediska vztahu mezi nimi a klienty*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Sung, A. D., Collins, M. E., Smith, A. K., Sanders, A. M., Quinn, M. A., Block, S. D., & Arnold, R. M. (2009). Crying: experiences and attitudes of third-year medical students and interns. *Teaching and learning in medicine*, *21*(3), 180–187. DOI: 10.1080/10401330903014111

Sussman, S. (2001). The significance of psycho-peristalsis and tears within the therapeutic relationship. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*(2), 90–100. DOI: 10.1080/14733140112331385128

Šanderová, R. (2013). *Postoje pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládání stresu*. (Bakalářská diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Štefánková, B. P. (2014). *Prožívání psychoterapeutů při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Tritt, A., Kelly, J., & Waller, G. (2015). Patients' Experiences of Clinicians' Crying During Psychotherapy for Eating Disorders. *Psychotherapy*, *52*(3), 373–380. DOI: 10.1037/a0038711

Ven, N., Meijs, M. H., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). What emotional tears convey: Tearful individuals are seen as warmer, but also as less competent. *British Journal of Social Psychology*, *56*(1), 146–160. DOI: 10.1111/bjso.12162

Vingerhoets, A. J. J. M. (2013). *Why only humans weep: Unravelling the mysteries of tears*. Oxford: Oxford University Press.

Vingerhoets, A. J. J. M., & Bylsma, L. (2007). Crying and Health: Popular and Scientific Conceptions. *Psychological Topics*, *16*(2), 275–296. Získáno 31. října 2017 z https://www.researchgate.net/profile/Lauren_Bylsma/publication/27204689_Crying_and_Health_Popular_and_Scientific_Conceptions

Vingerhoets, A. J. J. M., & Cornelius, R. R. (2001). Epilogue. In A. J. J. M. Vingerhoets, & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult crying. A biopsychosocial approach*. (299–303). Hove (UK): Brunner-Routledge.

Vingerhoets, A. J. J. M., Boelhouwer, A. J. W., van Tilburg, M. A. L., & van Heck, G. L. (2001). The situational and emotional context of adult crying. In A. J. J. M. Vingerhoets, & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult crying. A biopsychosocial approach*. (71–90). Hove (UK): Brunner-Routledge.

Vingerhoets, A. J. J. M., Bylsma, L., & Rottenberg, J. (2009). Crying: A biopsychosocial phenomenon. In T. Fögen (Ed.), *Tears in the Graeco-Roman world*. (439–475). Berlin & New York: de Guyter.

Vingerhoets, A. J. J. M., Cornelius, R. R., van Heck, G. L., & Becht, M. C. (2000). Adult crying: A model and review of the literature. *Review of General Psychology*, *4*(4), 354–377. DOI: 10.1037/1089-2680.4.4.354

Vingerhoets, A. J. J. M., van Geleuken, A. J. M. L., van Tilburg, M. A. L., & van Heck, G. L. (1997). The psychological context of crying episodes: Towards a model of adult crying. In A. J. J. M. Vingerhoets, F. van Bussel, & A. Boelhouwer (Eds.), *The (non)expression of emotions in health and disease.* (323–336). Tilburg: Tilburg University Press. Získáno 18. září 2017 z https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/the-psychological-context-of-crying-episodes(e3a696bc-312c-43bc-bc9a-be6503e2271d).html

Vingerhoets, A. J. J. M., Ven, N., & Velden, Y. (2016). The social impact of emotional tears. *Motivation and emotion*, *40*(3), 455–463. DOI: 10.1007/s11031-016-9543-0

Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie.* Praha: Portál.

Vybíral, Z. (2013). K současnému postavení psychoterapie ve světě. *Psychoterapie, 7*(2), 115–122. Získáno 10. listopadu 2017 z http://psychoterapie.fss.muni.cz/files/field_files/magazine/328/psychoterapie_1_2014_print.pdf#page=69

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů.* 23. prosince 2008. Získáno 10. listopadu 2017 z https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-439

Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie, vyd. 2.* Praha: Grada Publishing.

Wagner, R. E., Hexel, M., Bauer, W. W., & Kropiunigg, U. (1997). Crying in hospitals: a survey of doctors', nurses' and medical students' experience and attitudes [abstrakt]. *The Medical Journal of Australia*, *166*(1), 13–16. Získáno 31. října 2017 z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9006606

Waldman, J. L. (1995). *Breakthrough or breakdown: When the psychotherapist cried during the therapy session*. (Dizertační práce). Získáno 16. října 2016 z Proquest. UMI: 9536358

Williams, D. G., & Morris, G. H. (1996). Crying, weeping or tearfulness in British and Israeli adults. *British Journal of Psychology*, *87*(3), 479–505. DOI: 10.1111/j.2044-8295.1996.tb02603.x

Yalom, I. D. (2004). *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů, vyd. 2.* Praha: Portál.

Zeifman, D. M. (2001). Developmental aspects of crying: Infancy, childhood, and beyond. In A. J. J. M. Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult Crying: A Biopsychosocial Approach* (37–53). Hove (UK): Brunner-Routledge.

Zingaretti, P., Genova, F., Gazzillo, F., & Lingiardi, V. (2017). Patients' crying experiences in psychotherapy: Relationship with the patient level of personality organization, clinician approach, and therapeutic alliance. *Psychotherapy*, *54*(2), 159–166. DOI: 10.1037/pst0000110

Zur, O. (2008). The Google factor: Therapists' self-disclosure in the age of the Internet. *Independent Practitioner*, *28*(2), 83–85. Získáno 13. října 2016 z http://www.zurinstitute.com/google_factor.pdf

Žaloudková, K. (2013). *Prožívání psychoterapeutů při práci s klienty se schizofrenií*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Přílohy magisterské diplomové práce

Příloha 1: Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

Příloha 2: Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 3: TCIT 1 a 2 v českém překladu

Příloha 4: Seznam tabulek, grafů, obrázků a schémat

Příloha 1: Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Fenomén pláče terapeuta v procesu psychoterapie

Autor práce: Bc. Lucie Kozáková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97; 195 575 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 100

Abstrakt (800–1200 zn.):

Tato magisterská diplomová práce se věnuje v českém kontextu dosud opomíjenému fenoménu pláče terapeuta v procesu psychoterapie, kdy pláč je definován jako „*slzy v očích z emocionálních důvodů*“. Teoretická část krátce vymezuje psychoterapii a dále se zabývá pláčem dospělých, sebeodhalením terapeutů a jejich pláčem v přítomnosti klienta. Cílem kvantitativní studie je deskripce fenoménu pláče terapeuta se zaměřením na názory terapeutů na něj a osobní zkušenosti s ním. Překlad dotazníku TCIT (Blume-Marcovici, 2012) byl online administrován 144 terapeutům. Ti se shodují, že míra vhodnosti slz v roli terapeuta závisí na celkovém kontextu a jedinečném psychoterapeutickém vztahu. Osobní zkušenost má za svou kariéru 79 % z nich. K pláči dochází průměrně v 5 % všech sezení. K pláči v roli terapeuta má potenciálně vztah terapeutův sklon k pláči v běžném životě a částečně i směr absolvovaného psychoterapeutického výcviku. Naopak souvislost s pohlavím, věkem či délkou praxe nebyla nalezena. Mohlo by být přínosné věnovat tomuto tématu prostor v rámci psychoterapeutických výcviků a supervizí. Rovněž lze doporučit, aby terapeut o vlastních slzách s daným klientem mluvil.

Klíčová slova: pláč terapeuta, slzy terapeuta, psychoterapie

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Phenomenon of Therapist´s Crying in the Process of Psychotherapy

Author: Bc. Lucie Kozáková

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Number of pages and characters: 97; 195 575 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 100

Abstract (800–1200 characters):

This Master diploma thesis deals with the phenomenon of therapist´s crying in the process of psychotherapy when crying is defined as „tears in one´s eyes due to emotional reasons“. This topic has been so far neglected in the Czech context. The theoretical part briefly defines psychotherapy and further deals with adults´ crying, therapist´s self-disclosure and crying in the presence of a client. The aim of the quantitative study is to describe the phenomenon of therapist´s crying with a focus on the therapists´ opinions and their personal experience with crying. The translation of the TCIT Survey (Blume-Marcovici, 2012) was administrated online to a sample of 144 therapists. They agree that the degree of suitability of therapist´s tears depends on the overall context and on unique therapeutic relationship. During their career, 79 % of the therapists have had personal experience with crying. It occurs on average in 5 % of all sessions. Therapist´s crying has a potential relation with the therapist´s tendency to cry in ordinary life and partly with the theoretical orientation of undertaken psychotherapeutic training. On the contrary, the relation with gender, age or duration of practice was not found. It could be beneficial to devote some space to this topic in the course of psychotherapy trainings and supervisions. It can be also recommended to therapists to talk about their own tears with the client.

Key words: therapist´s crying, therapist´s tears, psychotherapy

Příloha 2: Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník na demografické údaje

Dobrý den,

tento dotazník se zaměřuje na zkušenosti terapeutů s vlastním pláčem při psychoterapeutické práci s klientem. Jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 35 minut. Dotazník jsme převzali z USA, přes snahu o jeho úpravy vzhledem k českému kontextu se může stát, že některé položky Vám nebudou zcela „sedět". Snažte se na ně prosím přesto odpovědět, jak nejlépe to bude možné. Budeme vděční za jakékoliv podněty, v závěru dotazníku na ně dostanete prostor.

Velmi si vážíme Vaší ochoty dotazník vyplnit. Veškeré Vámi poskytnuté informace budou brány jako důvěrné a bude zajištěna Vaše anonymita. Zahájením vyplňování dotazníku souhlasíte se zpracováním poskytnutých dat.

V případě jakýchkoliv dotazů mě můžete kontaktovat na adrese lucie.kozakova01@upol.cz.

1. **Věk** *(vypište číslicí)* ☐
2. **Pohlaví** *(zaškrtněte)*
   - ❍ Žena
   - ❍ Muž
3. **Nejvyšší dosažené vzdělání** *(zaškrtněte)*
   - ❍ Střední odborné s maturitou
   - ❍ Vyšší odborné (DiS.)
   - ❍ VŠ – bakalářské (Bc.)
   - ❍ VŠ – magisterské a vyšší (Mgr., MUDr. apod.)
   - ❍ Jiné *(uveďte jaké)*: ☐
4. **Jaký/é obor/y jste vystudoval/a?** *(možno zaškrtnout více odpovědí)*
   - ❑ Psychologie
   - ❑ Psychiatrie
   - ❑ Medicína (mimo psychiatrii)
   - ❑ Sociální práce
   - ❑ Adiktologie
   - ❑ Pedagogika (včetně sociální pedagogiky a speciální pedagogiky)
   - ❑ Teologie
   - ❑ Nelékařský zdravotnický obor (např. ošetřovatelství, fyzioterapie, porodní asistence apod.)
   - ❑ Jiné *(uveďte jaké)*: ☐

5. **Uveďte prosím kraj, ve kterém se nachází Vaše pracoviště** *(zaškrtněte)*.
   - ❍ hlavní město Praha
   - ❍ Jihočeský kraj
   - ❍ Jihomoravský kraj
   - ❍ Karlovarský kraj
   - ❍ Královéhradecký kraj
   - ❍ Liberecký kraj
   - ❍ Moravskoslezský kraj
   - ❍ Olomoucký kraj
   - ❍ Pardubický kraj
   - ❍ Plzeňský kraj
   - ❍ Středočeský kraj
   - ❍ Ústecký kraj
   - ❍ Kraj Vysočina
   - ❍ Zlínský kraj

6. **Uveďte prosím velikost města, v němž působíte** *(zaškrtněte)*.
   - ❍ Obec do 999 obyvatel
   - ❍ Obec od 1 000 do 1 999 obyvatel
   - ❍ Obec od 2 000 do 4 999 obyvatel
   - ❍ Město od 5 000 do 19 999 obyvatel
   - ❍ Město od 20 000 do 49 999 obyvatel
   - ❍ Město od 50 000 do 89 999 obyvatel
   - ❍ Velkoměsto 90 000 obyvatel a více

7. **Jaký/é psychoterapeutické výcvik/y v rozsahu alespoň 300 hodin jste absolvoval/a (příp. kterých jste účastníkem)?**

8. **Pokud jste absolvoval/a více psychoterapeutických výcviků, který z nich považujete za klíčový?**

9. **Máte již alespoň 1 psychoterapeutický výcvik v rozsahu více než 350 hodin ukončený?** *(zaškrtněte)*
   - ❍ Ano
   - ❍ Ne

10. **Pokud ne, kolik let již máte ukončeno?** *(vypište číslem)*

11. **Jaký/é psychoterapeutický/é směr/y je/jsou Vám v současnosti nejblíže?**

12. **Kolik let praxe v psychoterapii máte?** *(vypište číslem)*

13. Jaký/é druh/y psychoterapie poskytujete? *(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- ❑ Individuální
- ❑ Párová
- ❑ Rodinná
- ❑ Skupinová
- ❑ Jiné *(uveďte jaké)*:

14. S jakou věkovou skupinou převážně pracujete? *(možno zaškrtnout více možností)*

- ❑ Děti (do 12 let)
- ❑ Adolescenti (13–17)
- ❑ Dospělí (18–64)
- ❑ Starší dospělí (65+)
- ❑ Jiné *(uveďte jaké)*:

15. Jaký je typ Vámi nejčastěji řešené problematiky (oblast Vaší specializace, odborný zájem)? *(vypište do volného pole)*

16. Do jakého rezortu spadá zařízení, v němž aktuálně pracujete? *(možno zaškrtnout více možností)*

- ❑ Zdravotnictví
- ❑ Sociální služby
- ❑ Školství
- ❑ Ozbrojené a bezpečnostní složky
- ❑ Soukromá praxe (OSVČ)
- ❑ Jiné *(uveďte jaké)*:

17. Kolik máte průměrně psychoterapií za týden? *(vypište číslem)*

Příloha 3: TCIT 1 a 2 v českém překladu

TCIT 1

(Blume-Marcovici, 2012)

1. **Jak byste ohodnotil/a Váš všeobecný sklon k pláči v běžném životě?** *„Pláčem" rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.* *(zaškrtněte 1 možnost)*

   ❍ Nikdy nepláču
   ❍ Pláču zřídka
   ❍ Někdy pláču
   ❍ Pláču poměrně často
   ❍ Pláču velmi často

Níže je několik prohlášení, která mohou charakterizovat Vaše názory na psychoterapii. Prosím odpovězte způsobem, který je nejblíže Vašim názorům.

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1	2	3	4	5	6	7

2.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že terapeutova neutralita je důležitá.	
3.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že je důležité, aby si byl terapeut při psychoterapeutických sezeních vědom protipřenosu.	
4.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že je pro terapeuta důležité být v psychoterapii opravdový.	
5.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že je důležité, aby terapeut v psychoterapii vyjadřoval empatii.	
6.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že pracovní aliance je v psychoterapii to nejdůležitější.	
7.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že sebeodhalení terapeuta je při psychoterapii nevyhnutelné.	
8.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že sebeodhalení terapeuta je při psychoterapii užitečné.	
9.	**Zapište číslo 1-7**
Věřím, že sebeodhalení terapeuta by mělo být užíváno s extrémní opatrností.	

Otázky níže odpovězte prosím co nejupřímněji. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi.

10. **Přibližně při kolika psychoterapeutických sezeních ZA POSLEDNÍ 4 TÝDNY se Vám stalo následující** *(Zaškrtněte prosím VŠECHNY MOŽNOSTI, které se na Vás vztahují, a napište do kolonky níže četnost. Přeskočte ty, které se na Vás nevztahují.)*:

    - ❑ Knedlík v krku během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů za poslední 4 týdny)*:
    - ❑ Slzy v očích („slzení“) během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů za poslední 4 týdny)*:
    - ❑ Slzy na tvářích a/nebo vzlykání během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů za poslední 4 týdny)*:
    - ❑ V posledních 4 týdnech jsem nic z výše uvedeného nezažil/a.

11. **Přibližně při kolika psychoterapeutických sezeních V POSLEDNÍM ROCE jste zaznamenali následující** *(Zaškrtněte prosím VŠECHNY MOŽNOSTI, které se na Vás vztahují, a napište do kolonky níže četnost. Přeskočte ty, které se na Vás nevztahují.)*:

    - ❑ Knedlík v krku během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů v posledním roce)*:
    - ❑ Slzy v očích („slzení“) během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů v posledním roce)*:
    - ❑ Slzy na tvářích a/nebo vzlykání během psychoterapeutického sezení *(pokud jste zaznamenali, napište počet případů v posledním roce)*:
    - ❑ V posledním roce jsem nic z výše uvedeného nezažil/a.

12. **Kolik sezení jste přibližně měl/a CELKEM za poslední 4 týdny?** *(ať už došlo, nebo nedošlo k pláči; vypište číslem)*:

13. **Pokud mám pocit, že se mi chce plakat při psychoterapeutickém sezení, mám tendenci dát slzám volný průběh** *(zaškrtněte).*
    - ❍ Pravda
    - ❍ Nepravda

14. **Při sezení s klientem jsem byl/a dojat/a k slzám a ovládl/a jsem nutkání k pláči** *(zaškrtněte).*
    - ❍ Pravda
    - ❍ Nepravda

15. Pokud je to tak *(že jste ovládli nutkání k pláči během sezení)*, **proč jste se rozhodli neplakat** *(rozumějte, ovládli nutkání k pláči)*? *(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- ❑ Nepovažoval/a jsem to za profesionální
- ❑ Nepovažoval/a jsem to za prospěšné pro mého klienta
- ❑ Považoval/a jsem to za škodlivé pro mého klienta
- ❑ Obával/a jsem se, že pokud při psychoterapii začnu plakat, nemusel/a bych být schopen/schopna přestat
- ❑ Neplakal/a jsem kvůli vlastním zásadám
- ❑ Neplakal/a jsem, abych chránil/a sám sebe/sama sebe
- ❑ Jiné *(uveďte jaké)*: _____

U následujících výroků prosím zaznamenejte, do jaké míry s nimi souhlasíte, nebo nesouhlasíte. ***„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.***

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1	2	3	4	5	6	7

16.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeutův pláč během sezení je pro psychoterapii užitečný.	
17.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeutův pláč během sezení psychoterapii narušuje.	
18.	**Zapište číslo 1-7**
Jak zacházet s vlastním pláčem při psychoterapeutických sezeních jsem konzultoval/a se svým supervizorem nebo kolegou (ať už jsem při psychoterapii kdy plakal/a, nebo ne).	
19.	**Zapište číslo 1-7**
Pro terapeuta je špatné plakat při psychoterapii s klientem.	
20.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeut by měl vynaložit veškeré úsilí, aby při psychoterapii neplakal.	
21.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeutův pláč při psychoterapii je příkladem protipřenosu.	
22.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeutův pláč při psychoterapii je příkladem sebeodhalení.	
23.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeut, který během psychoterapie pláče, není jako terapeut vhodný.	
24.	**Zapište číslo 1-7**
To, jestli je terapeutův pláč „dobrý” nebo „špatný”, záleží na jedinečných charakteristikách psychoterapeutického vztahu.	
25.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeutův pláč by se měl při psychoterapii objevit pouze jako vědomá volba, kterou má terapeut pod kontrolou.	
26.	**Zapište číslo 1-7**
Dopad na psychoterapii je rozdílný, když pláče terapeut-žena a když pláče terapeut-muž.	

27.	Zapište číslo 1-7
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní emoce při psychoterapii.	
28.	**Zapište číslo 1-7**
Během mého psychoterapeutického výcviku byla věnována pozornost tomu, jak zvládat vlastní pláč při psychoterapii.	
29.	**Zapište číslo 1-7**
Terapeuti by měli být připravováni na to, jak zvládat vlastní pláč během psychoterapie.	

30. Zaškrtněte prosím všechny možnosti, se kterými souhlasíte. PRAVDĚPODOBNÉ účinky pláče terapeuta při psychoterapii zahrnují *(tj. domníváte se, že níže uvedené nastane v mnoha případech; možno zaškrtnout více odpovědí)*:

- ❑ Zatížení klienta pocity terapeuta
- ❑ Lepší vztah
- ❑ Obava klienta, že terapeut nebude schopen zvládnout klientovy pocity
- ❑ Nárůst otevřenosti v psychoterapeutickém vztahu
- ❑ Nárůst autenticity v psychoterapeutickém vztahu
- ❑ Obrácení rolí, kdy klient bude cítit, že se musí o terapeuta postarat
- ❑ Pocit klienta, že na něm terapeutovi doopravdy záleží
- ❑ Terapeut způsobí klientovi bolest
- ❑ Klient bude v budoucnu s menší pravděpodobností sdílet s terapeutem obtížný materiál.
- ❑ Ukončení psychoterapie ze strany klienta
- ❑ Ztráta terapeutovy neutrality
- ❑ Posílení schopnosti klienta mít přístup k vlastním emocím, prožívat a vyjadřovat je.
- ❑ Nevhodné rozvolnění hranic v psychoterapeutickém vztahu
- ❑ Pocit klienta, že terapeut mu opravdu rozumí
- ❑ Terapeut bude modelem pro přiměřené vyjadřování emocí.
- ❑ Terapeut vytvoří nevhodný model pro vyjadřování emocí.
- ❑ Poskytnutí pozitivní emoční zkušenosti pro klienta
- ❑ Klient bude v budoucnu s větší pravděpodobností sdílet s terapeutem obtížný materiál.
- ❑ Terapeut je zavalen svými vlastními emocemi místo toho, aby se naladil na klienta.
- ❑ Umožňuje terapeutovi lépe pochopit klientovy pocity.
- ❑ Ujištění klienta, že terapeut je schopen pochopit klientovy problémy.
- ❑ Jiné *(uveďte jaké)*: _____

- ❑ Nic z výše uvedeného

U následujících výroků prosím zaznamenejte, do jaké míry s nimi souhlasíte, nebo nesouhlasíte. ***„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.***

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1	2	3	4	5	6	7

31.	**Zapište číslo 1-7**
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení mohou být důležité pro psychoterapeutický proces.	
32.	**Zapište číslo 1-7**
Cítím se nepříjemně, když klient pláče během psychoterapeutického sezení.	
33.	**Zapište číslo 1-7**
Klientovy slzy přispívají k cíli nebo zaměření psychoterapie.	
34.	**Zapište číslo 1-7**
Klientovy slzy během psychoterapeutického sezení ignoruji.	

35. Ve své roli terapeuta jsem během psychoterapie s klientem plakal/a. *„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.* *(zaškrtněte 1 možnost)*

- ❍ Nikdy
- ❍ Zřídka
- ❍ Někdy
- ❍ Docela často
- ❍ Velmi často

Pokud jste na tuto otázku odpověděli „Nikdy“, přejděte na konec dotazníku.

TCIT 2

(Blume-Marcovici, 2012)

1. **Během psychoterapie jsem plakal/a častěji na počátku své kariéry, než pláču teď.**
   - ❍ Pravda
   - ❍ Nepravda

2. **Během psychoterapie pláču častěji nyní, než jsem plakal/a dříve.**
   - ❍ Pravda
   - ❍ Nepravda

Ohodnoťte prosím, jak často pláčete v následujících situacích (***„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.***):

Nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Často	Velmi často	Vždy
1	2	3	4	5	6	7

3.	**Zapište číslo 1-7**
Když slyšíte klientův smutný příběh	
4.	**Zapište číslo 1-7**
Když vidíte klienta plakat	
5.	**Zapište číslo 1-7**
Když si během sezení s klientem připomenete svou vlastní smutnou zkušenost	
6.	**Zapište číslo 1-7**
Když klient vyjádří velkou vděčnost za vaši společnou psychoterapeutickou práci	
7.	**Zapište číslo 1-7**
Když před klientem vyjadřujete vlastní pocity vůči němu	
8.	**Zapište číslo 1-7**
Když v psychoterapii dojde k zásadnímu zlomu	
9.	**Zapište číslo 1-7**
Když klient náhle něčemu v psychoterapii porozumí nebo dosáhne vhledu	
10.	**Zapište číslo 1-7**
Když Vy při psychoterapii dojdete k nějakému odhalení nebo porozumění, pokud jde o klienta	
11.	**Zapište číslo 1-7**
Když jste svědkem klientova utrpení	
12.	**Zapište číslo 1-7**
Když slyšíte klienta popisovat vlastní růst či sílu při překonávání nepřízně osudu	
13.	**Zapište číslo 1-7**
Při ukončování psychoterapie s dlouhodobým klientem nebo klientem, s nímž jste měl/a mimořádně silný vztah	
14.	**Zapište číslo 1-7**
Když klient nevyjadřuje žádné emoce v situaci, která by běžně emocionální reakci evokovala	
15.	**Zapište číslo 1-7**
Když se cítíte pohnutý/á nebo dojatý/á příběhem klienta	
16.	**Zapište číslo 1-7**
Když se během sezení cítíte unavený/á nebo nemocný/á	
17.	**Zapište číslo 1-7**
Když se během sezení cítíte zaplaven/a emocemi	
18.	**Zapište číslo 1-7**
Když jste byl/a smutný/á nebo dojatý/á z důvodů, které nebyly spojené se sezením	

Vzpomeňte si prosím, kdy jste naposledy při psychoterapii plakal/a, a s touto příhodou na mysli odpovězte na následující otázky. *„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.*

19. Plakal Váš klient? *(zaškrtněte)*

- ❍ Ano
- ❍ Ne

20. Myslíte si, že Váš pláč změnil vztah s Vaším klientem? *(zaškrtněte)*

- ❍ Ano, zhoršil ho
- ❍ Ano, zlepšil ho
- ❍ Ne, nic se nezměnilo

21. Jaký byl, podle Vašeho názoru, dopad Vašeho pláče na psychoterapii? *(vypište)*

22. V jaké fázi psychoterapie se objevil Váš pláč? *(zaškrtněte)*

- ❍ Při prvním sezení
- ❍ Na počátku psychoterapie
- ❍ Uprostřed psychoterapie
- ❍ Ke konci psychoterapie
- ❍ Na posledním sezení

23. Mluvil/a jste o svém pláči se svým klientem? *(zaškrtněte)*

- ❍ Ano
- ❍ Ne

24. Před jakou dobou došlo k tomuto poslednímu případu pláče při psychoterapii? *(zaškrtněte)*

- ❍ Před méně než 1 dnem
- ❍ Během posledního týdne
- ❍ Během posledního měsíce
- ❍ Před 1–6 měsíci
- ❍ Před 7–12 měsíci
- ❍ Před více než 1 rokem
- ❍ Před více než 5 lety

25. Jak dlouho trval Váš pláč? *(vyberte nejlepší možnost)*

- ❍ Méně než 1 minutu
- ❍ 1–5 minut
- ❍ 6–10 minut
- ❍ Více než 10 minut

26. Jak intenzivní byl Váš pláč? *(vyberte nejlepší možnost)*

- ❍ Slzy v očích
- ❍ Slzy v očích a slzy na mých tvářích/v obličeji
- ❍ Slzy v očích, v obličeji, vzlykání

U níže uvedených prohlášení prosím vyjděte z Vaší ***poslední*** *zkušenosti pláče při psychoterapii a označte, do jaké míry s nimi souhlasíte, nebo nesouhlasíte.* ***„Pláčem“ rozumějte slzy v očích z emocionálních důvodů.***

Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1	2	3	4	5	6	7

27.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy byly úmyslné	
28.	**Zapište číslo 1-7**
Své slzy jsem měl/a pod kontrolou.	
29.	**Zapište číslo 1-7**
Byl/a jsem zaskočen/a, když jsem plakal/a při psychoterapii.	
30.	**Zapište číslo 1-7**
Pláč při psychoterapii pro mě představoval okamžik autentičnosti.	
31.	**Zapište číslo 1-7**
Pláč při psychoterapii pro mě představoval sebeodhalení.	
32.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy mi byly nepříjemné	
33.	**Zapište číslo 1-7**
Projev pláče v psychoterapii byl technika, kterou jsem vědomě použil/a .	
34.	**Zapište číslo 1-7**
Byl/a jsem připraven/a na to, jak zacházet s vlastním pláčem v psychoterapii.	
35.	**Zapište číslo 1-7**
Nikdy jsem nikomu o této zkušenosti s vlastním pláčem v psychoterapii neřekl/a.	
36.	**Zapište číslo 1-7**
Po pláči v psychoterapii jsem vyhledal/a supervizi/konzultaci.	
37.	**Zapište číslo 1-7**
Klient, se kterým jsem pracoval/a, si byl vědom toho, že jsem plakal/a.	
38.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy byly spojené s mými osobními záležitostmi.	
39.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy mi byly příjemné.	
40.	**Zapište číslo 1-7**
Vlastní pláč v psychoterapii mě přiměl uvědomit si pocity ke klientovi, kterých jsem si dříve nebyl/a vědom/a.	
41.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy byly omyl	
42.	**Zapište číslo 1-7**
Přeji si, abych býval/a neplakal/a.	
43.	**Zapište číslo 1-7**
Mé slzy mému klientovi sdělily něco, co slova nemohla vyjádřit.	

Zde je prostor pro jakýkoliv Váš komentář či doplnění, ať už k dotazníku či k samotnému tématu.

V případě zájmu o zaslání výsledků zde uveďte Váš e-mail, případně se ozvěte na lucie.kozakova01@upol.cz.

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Lucie Kozáková

Katedra psychologie Univerzity Palackého v Olomouci

lucie.kozakova01@upol.cz

Příloha 4: Seznam tabulek, grafů, obrázků a schémat

Tab. č. 1: Očekávané pozitivní a negativní důsledky pláče (Blume-Marcovici et al., 2013)
Tab. č. 2: Náchylnost k pláči – faktorové zátěže
Tab. č. 3: Názory na pláč terapeuta
Tab. č. 4: Názory na pláč terapeuta – míra souhlasu
Tab. č. 5: Proč v psychoterapii v přítomnosti klienta neplakat?
Tab. č. 6: Pravděpodobné pozitivní a negativní účinky pláče terapeuta
Tab. č. 7: Dopad na psychoterapii je rozdílný, když pláče terapeut-žena a když pláče terapeut-muž
Tab. č. 8: Frekvence pláče terapeuta během psychoterapeutického sezení za poslední 4 týdny
Tab. č. 9: Frekvence pláče terapeuta během psychoterapeutického sezení za poslední rok
Tab. č. 10: Frekvence pláče terapeuta v průběhu jeho kariéry
Tab. č. 11: Situace, v nichž dochází k pláči terapeutů
Tab. č. 12: Pocity z vlastních slz – míra souhlasu
Tab. č. 13: Pocity z vlastních slz
Tab. č. 14: Připravenost na vlastní slzy v roli terapeuta – míra souhlasu
Tab. č. 15: Připravenost na vlastní slzy v roli terapeuta
Tab. č. 16: Některé reakce terapeutů na vlastní pláč
Tab. č. 17: Některé reakce terapeutů na vlastní pláč – míra souhlasu
Tab. č. 18: Vztah mezi diskuzí o pláči terapeuta s klientem a dopadem pláče na vztah
Tab. č. 19: Byl si klient slz terapeuta vědom?
Tab. č. 20: Sklon k pláči v běžném životě
Tab. č. 21: Vztah mezi Mírou zkušenosti s pláčem a některými proměnnými
Tab. č. 22: Vztah Míry zkušenosti s pláčem a směru absolvovaného psychoterapeutického výcviku
Tab. č. 23: Regresní analýza pro „Náchylnost k pláči“ po transformaci závisle proměnné
Tab. č. 24: Charakteristiky modelu
Tab. č. 25: Souvislost pohledu na pláč klienta s jednotlivými charakteristikami pláče v roli terapeuta
Tab. č. 26: Očekávané pozitivní a negativní důsledky pláče – srovnání
Tab. č. 27: Míra zkušenosti s pláčem – srovnání

Graf č. 1: Co v psychoterapii pomáhá? (dle Lambert & Barley, 2001)
Graf č. 2: Vystudované obory
Graf č. 3: Směry psychoterapie
Graf č. 4: Počty respondentů z jednotlivých krajů
Graf č. 5: Míra zkušenosti s pláčem terapeuta v psychoterapii

Obr. č. 1: Sutinový graf
Obr. č. 2: Míra zkušenosti s pláčem – rozdíly mezi psychoterapeutickými výcviky
Obr. č. 3: Histogram rozložení reziduí pro „Náchylnost k pláči“
Obr. č. 4: Histogram rozložení reziduí po transformaci závisle proměnné
Obr. č. 5: Předpovídané hodnoty x rezidua

Schéma č. 1: Obecný model pláče