

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

VLIV TĚHOTENSTVÍ TERAPEUTEK  
NA PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE Z JEJICH  
POHLEDU

THERAPISTS' VIEW OF THE INFLUENCE OF THERAPISTS'  
PREGNANCY ON PSYCHOTHERAPY



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Andrea Štěpánková**

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

Olomouc

**2021**

Ráda bych poděkovala všem ochotným respondentkám za účast ve výzkumu. PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D. děkuji, že se ujal vedení mé práce a poskytl mi v průběhu její realizace zpětnou vazbu a rady. Děkuji také svému manželovi za láskyplnou podporu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Vliv těhotenství terapeutek na průběh psychoterapie z jejich pohledu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ve Frýdku-Místku dne 22. 11. 2021

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
ÚVOD .....		5
TEORETICKÁ ČÁST .....		6
1 Nucené ukončení nebo přerušení psychoterapie z důvodu těhotenství terapeutky.....		7
2 Vliv těhotenství terapeutek na terapeutický proces.....		9
2.1 Terapeut jako „skutečná osoba“ .....		9
2.2 Změny v psychoterapeutické práci .....		10
2.3 Nový terapeutický materiál.....		11
2.4 Oznámení těhotenství terapeutky.....		13
3 Terapeutčina reakce.....		15
3.1 Integrace role matky a role profesionálky .....		15
3.2 Terapeutčiny pocity .....		16
3.3 Supervize .....		18
4 Reakce klienta na těhotenství terapeutky .....		20
5 Současné poznání zkušenosti terapeutek s jejich těhotenstvím .....		22
EMPIRICKÁ ČÁST .....		24
6 Formulace výzkumné otázky .....		25
7 Metodologický rámec výzkumu .....		26
7.1 Design výzkumu .....		26
7.2 Metoda výzkumu .....		26
7.3 Metoda získávání dat .....		26
7.4 Charakteristika výzkumného souboru .....		27
7.5 Krátké představení respondentek.....		29
7.6 Průběh sběru dat.....		30
7.7 Metoda analýzy dat.....		31
7.8 Reflexe výzkumné pozice .....		32
7.9 Etické aspekty a limity práce .....		33
8 Výsledky výzkumu .....		35
8.1 Oznámení terapeutek o těhotenství klientům.....		36
8.2 Reakce klientů.....		38
8.3 Podpora terapeutek .....		43
8.4 Změny na straně terapeutky .....		46
8.5 Změny v terapeutickém procesu .....		48

8.6	Změny vztahu s klienty.....	54
8.7	Ukončení nebo přerušování psychoterapií.....	56
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>61</b>
9.1	Reflexe výsledků výzkumu.....	61
9.2	Metodologická reflexe .....	69
9.3	Implikace pro praxi.....	70
9.4	Východiska pro další výzkum.....	70
<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>72</b>
<b>SOUHRN.....</b>		<b>73</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>		<b>76</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>		<b>81</b>
	Příloha 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce ..	82
	Příloha 2: Schéma rozhovoru .....	84
	Příloha 3: Výzva k účasti ve výzkumu.....	85
	Příloha 4: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce ..	86

# ÚVOD

Tato práce se zabývá zkušeností terapeutek s vedením psychoterapií v průběhu jejich prvního těhotenství v době, kdy během těhotenství pracovaly psychoterapeuticky s klienty.

Tématu těhotenství terapeutek v souvislosti s psychoterapeutickou prací je věnováno poměrně málo pozornosti. Přitom se jedná o téma živé, a to i v souvislosti s vysokým zastoupením žen v oboru. Možná právě vlivem rostoucího počtu terapeutek se před 30 lety začali odborníci tématem více zabývat. Od té doby lze sledovat zvyšující se zájem o těhotenství terapeutek a růst odborných článků. I přesto se zdá být téma stále málo prozkoumané. Například v České republice jsem dohledala pouze jeden článek (Čermáková, 2000). Je podivuhodné, že stejně jako český článek, tak i ostatní zahraniční zdroje často vychází z psychoanalytické pozice. Z tohoto důvodu jsem se při psaní teoretické části nevyhnula častému používání psychoanalytických pojmů. O to cennější se mi zdá předložený kvalitativní výzkum zkoumající zkušenost terapeutek pracujících v různých psychoterapeutických směrech.

V teoretické části práce je nejprve téma zasazeno do obecnějšího pojetí nuceného ukončení psychoterapie a následně se práce zabývá vlivem těhotenství terapeutek na terapeutický proces, terapeutčinou reakcí a reakcí klientů. Neopomínají ani shrnutí současného poznání tématu.

Výzkumná část si klade za cíl zachycení zkušenost terapeutek pracujících s klienty v průběhu jejich prvního těhotenství. V práci budou popsány společné aspekty jejich zkušenosti.

Ráda bych, aby se práce stala první sondou tématu v českém prostředí. Zároveň, aby zpřístupnila těhotným terapeutkám, výcvikovým institutům a supervizorům materiál v českém jazyce a posloužila k rozvoji diskuze na toto téma.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 NUCENÉ UKONČENÍ NEBO PŘERUŠENÍ PSYCHOTERAPIE Z DŮVODU TĚHOTENSTVÍ TERAPEUTKY

V literatuře můžeme nalézt poměrně hodně zdrojů na téma nuceného ukončení psychoterapie, které lze v anglickém názvosloví najít pod termínem *forced termination*. Jedná se o ukončení psychoterapie, které je iniciované terapeutem z jeho vlastních důvodů, například kvůli změně práce, zdravotním problémům, odchodu do důchodu nebo kvůli tomu, že psychoterapie probíhala v průběhu časově omezené stáže. Dochází tak k ukončení před dosažením terapeutického cíle (Lam, 2017), a to bez ohledu na konflikt s klientovými potřebami a jeho nejlepším zájmem. V jistém smyslu se jedná o porušení smlouvy s klientem, kdy implicitní nebo explicitní smlouva často zahrnuje příslib zůstat s klientem až do konce jeho úzdravy (Chernus, 2016). Jako první se tématem nuceného ukončení, a to z pohledu psychoanalýzy, zabýval Dewald (1965). V souvislosti s nuceným ukončením se zaměřil především na reaktivaci raných dětských odloučení a ztrát a na roli protipřenosu.

Stejně jako nucené ukončení psychoterapie vede těhotenství terapeutek k jejímu přerušení nebo ukončení před dosažením terapeutického cíle. Kvůli mateřství dochází také k přerušení profesní kariéry terapeutek (Chiaramonte, 1986). Těhotné terapeutky zpravidla zvažují předání klientů kolegům, úplné ukončení psychoterapií nebo jejich přerušení. S tématem se pojí mnoho otázek, například jak ovlivní těhotenství terapeutek právě probíhající psychoterapie? Jak dlouhé bude přerušení profesní kariéry (Čermáková, 2000)? Některé odpovědi lze nalézt v článcích, které se začaly objevovat v posledních 30 letech (Locker-Forman, 2005; Rosenthal, 1990). Od té doby lze v literatuře sledovat zvyšující se zájem o téma, což nejspíše souvisí s nárůstem počtu žen v oboru (Zackson, 2012).

Poměrně malý historický zájem o pohled těhotných terapeutek na terapeutický proces, ukončení nebo přerušení psychoterapie je vysvětlen různými autory odlišně. Clarkson (1980) vnímá souvislost s psychoanalytickým pohledem zdůrazňujícím mužský životní cyklus. To dle něho vede k nedostatku materiálu o ženách, a tedy i nedostatku zájmu o těhotenství terapeutek. Jiní autoři se domnívají, že menší zájem o toto téma je způsoben sklonem k zaměření profesionální pozornosti na klienty (Way, Lamers, & Rickard, 2019) nebo snahou nedělat rozdíly mezi terapeuty a terapeutkami (Hacham-Lynch, 2014). Dalším možným důvodem může být snaha vyhnout se tématu z důvodu emoční zranitelnosti

(Imber, 1990), úzkosti spojené s pocity profesionální nekompetentnosti (Bienen, 1990) nebo snaha vyhnout se jiným negativně prožívaným pocitům (Čermáková, 2000).



## 2 VLIV TĚHOTENSTVÍ TERAPEUTEK NA TERAPEUTICKÝ PROCES

Mezi autory neexistuje shoda v tom, jak těhotenství terapeutek ovlivňuje a definuje terapeutický vztah a jaký má dopad na léčbu (Wolfe, 2013). Může se objevit usnadňující, rušivý nebo nijak zvlášť zjevný vliv na terapeutický proces. Rozhodující může být intenzita přenosu<sup>1</sup>, fáze léčby, protipřenos<sup>2</sup> nebo způsob práce terapeutek (Bassen, 1988). Uvědomuji si nutnost dívat se na každý terapeutický proces individuálně, přesto se pokusím v následujících odstavcích popsat několik jeho aspektů vyskytujících se napříč odbornými články.

### 2.1 Terapeut jako „skutečná osoba“

Těhotenství podobně jako jiné speciální události vstupující do terapeutického procesu mohou posílit komunikaci klientových nevědomých fantazií a mohou vést k vidění terapeutky jako „skutečné osoby“ (Fenster Phillips, & Rapoport, 1986 in Zackson, 2012). V důsledku viditelnosti těhotenství se stává terapeutčino soukromí veřejným (Friedman, 1993). Dochází tak ke změně neutrality a anonymity terapeutek (Whyte, 2004), na kterou je kladen důraz především v psychoanalytickém směru. V psychoanalytické tradici je oceňována stálost terapeutických technik, zaměření na přenos a interpretace. Z tohoto pohledu odhalení informací o terapeutce snižuje účinnost psychoterapie a oslabuje přenos (Dewald, 1965).

Bez ohledu na psychoterapeutickou orientaci s sebou přináší těhotenství několik implicitních odhalení, například touhu terapeutek po rodině, pravděpodobnost osobního a intimního vztahu mimo terapeutický vztah nebo sexuální aktivitu terapeutek (Way et al., 2019; Prout, 2019). Běžně se v důsledku těhotenství terapeutek začínají objevovat osobní otázky klientů. Někteří autoři vnímají zodpovídání otázek a sebeodhalení terapeutek za rušivé (Locker-Forman, 2005). Objevuje se však i opačný pohled, který doporučuje odpovídat na otázky klientů a v některých případech odhalovat i své vlastní pocity a protipřenosové procesy. Zveřejňování těchto informací může snížit úzkost klientů

---

<sup>1</sup> Termín „přenos“ v textu chápeme jako nevědomé nebo neuvědomované obsahy klienta v jeho postojích a prožívání, které jsou přenášené na terapeuta (srov. Vybíral, 2016).

<sup>2</sup> Termínem „protipřenos“ v textu rozumíme terapeutovy reakce na klienta, které jsou vyvolané buď klienty nebo vnitřními obsahy a procesy terapeuta (srov. Vybíral & Roubal, 2010).

(Bostic, Shadid, & Blotcky, 1996) a vést k lepšímu prozkoumání jejich pocitů a chování (Katzman, 1993).

## 2.2 Změny v psychoterapeutické práci

Autoři se shodují na tom, že nucené ukončení psychoterapie přináší řadu problémů, ale zároveň i příležitostí pro klienty i terapeutky (Chernus, 2016). Uznání změn v terapeutickém procesu, sebeuvědomění terapeutek a porozumění vlastním emočním stavům během těhotenství může přinést obrovské terapeutické výhody, zvýšit kvalitu skutečného a přenosového vztahu a posílit terapeutickou alianci. Míra uvědomění si přenosu klientů a vlastního protipřenosu těhotných terapeutek rozhoduje o míře pozitivního vlivu na terapeutický vztah (Zackson, 2012).

Těhotenství terapeutek je příležitostí k emočnímu růstu obou dvou, a to buď jednotlivě nebo ve dvojici (Fuller, 1987). Klienti mají možnost hlouběji porozumět sobě samému, zatímco terapeutky mohou využívat nové poznání získané díky těhotenství ve své práci nebo ve vlastním životě (Čermáková, 2000). Časové ohraničení psychoterapie může zároveň zvýšit její dynamiku a podpořit terapeutický růst. Stanovením data ukončení může dojít k zesílení prvků terapeutického vztahu a k uvědomění si toho, jak rychle čas plyne (Chernus, 2016).

Na základě zkušeností terapeutek s těhotenstvím se u některých z nich objevují pozitivní a trvalé změny ve způsobu jejich práce. V průběhu těhotenství se cítí více aktivní, sebevědomé a otevřené práci s aspekty těhotenství, mateřství a ztrát (Bassen, 1998). Dále je popisováno zvýšené zaměření na jejich tělo, které přispívá k větší citlivosti a lepšímu naladění se na klienty (Nadelson, Notman, Arons, & Feldman, 1974). Další pozitivní dopad na terapeutickou práci může mít zvýšená intuice, empatie a schopnost pečovat, která bývá způsobena vyšší emocionální zranitelností terapeutek (Dyson & King, 2008).

Pracovní postupy některých terapeutek jsou během těhotenství více konfrontační. Objevuje se také direktivnější a aktivnější přístup ke klientům. Popisována je nižší flexibilita při změně termínů psychoterapií, která může být způsobena většími časovými tlaky v životě terapeutek (Fenster, 1983) a nutnou stabilizací před mateřskou dovolenou (Zackson, 2012). V důsledku těhotenství a přirozené tendence ženy vytvářet prostor pro nové ještě nenarozené dítě, případně vlivem komplikací v těhotenství, může docházet ke zmenšení intrapsychického prostoru terapeutek a dále pak ke snížení „*containeru*“ pro přijímání a řešení klientových fantazií a konfliktů (Čermáková, 2000). Těhotenství může také ovlivnit

jejich emoční dostupnost. Tu by měly dle Fallon a Brabender (2003) terapeutky reflektovat a v případě potřeby upravit svou práci tak, aby se minimalizoval dopad na klienty.

Kvůli emoční zranitelnosti mohou být terapeutky defenzivnější, bránit se uvědomění si protipřenosu nebo odmítat vliv těhotenství na terapeutický vztah. Mohou také obtížněji tolerovat intenzivní negativní pocity, jako je závist, nenávisť nebo destruktivní fantazie o sobě nebo jejich klientech (Bassen, 1988; Bienen, 1990; Imber, 1990). V kontaktu s rizikovým klientem se může objevit touha chránit své nenarozené dítě (McGourty, 2013). Baum a Herring (1975) uvádějí, že terapeutky v jejich studii měly tendenci se emocionálně méně zapojovat do psychoterapií a silně popíraly, že těhotenství představovalo zvláštní problémy pro jejich klienty nebo pro ně samotné.

Ukazuje se, že čím lépe jsou terapeutky schopny čelit problémům přenosu, tím je pravděpodobnější, že klienti budou mít z psychoterapie prospěch (Zackson, 2012). I proto je jako prevence komplikovaného ukončení psychoterapie doporučováno zabývat se přenosem a protipřenosem (Siebold, 1991). A to z toho důvodu, že emoce spojené obecně s nuceným ukončením psychoterapie mohou bránit zaměření se na její konec a vést k vyhnutí se tomuto tématu. Kvůli vyhnutí se tématu ukončení psychoterapie může být intenzita zakončení v něčem lehčí, zároveň se však ztrácí cenná terapeutická příležitost (Chernus, 2016). Neprozkoumání vlivu těhotenství na terapeutický proces, může vést také k předčasnému ukončení psychoterapie ze strany klientů (Fenster, 1983; Zackson, 2012). Zároveň je nutno podotknout, že ne všechno předčasné ukončení klientů je způsobeno neprozkoumáním vlivu těhotenství na terapeutický proces. Někteří klienti uvádějí jako hlavní důvod předčasného ukončení samotné těhotenství terapeutky, odpor vůči pocitům spojeným s těhotenstvím nebo odchází z nejasných důvodů (Lax, 1969 in Zackson, 2012).

### 2.3 Nový terapeutický materiál

Jak již bylo výše naznačeno, těhotenství terapeutek s sebou přináší přenosové a protipřenosové obtíže a výzvy (Diamond, 1992), které jsou zcela nové a rozvíjí se současně s tím, jak terapeutky rozumí svému těhotenství (Prout, 2019). Porozumění a vyrovnání se s vlastními pocity zranitelnosti a se svou sexualitou může otevírat prostor novému terapeutickému materiálu, který byl dříve nepojmenovaný (Diamond, 1992; Nadelson et al., 1974).

Těhotenství terapeutek může působit jako katalyzátor, který vyvolává hlubší a intenzivnější materiál (Bassen, 1988). Objevují se nové problémy a témata – například

předchozí těhotenství nebo potraty klientů, materiál z dětství klientů nebo jiné do té doby potlačené obtíže (Fenster, 1983). Nová témata mohou souviset s posunem terapeutického vztahu z dyadického, mezi terapeutkou a klientem, k triadickému vztahu, mezi terapeutkou, klientem a dítětem. Tento posun s sebou může přinášet témata sourozenecké rivality, závisti, konkurence, odloučení, ztráty, strachu z opuštění nebo téma sexuality (Nadelson et al., 1974).

V přenosových reakcích na těhotenství terapeutek mohou existovat rozdíly mezi klienty a klientkami. Podle Diamond (1992) patří mezi hlavní problémy klientek závist a ztotožnění se s mateřskými funkcemi terapeutky, stejně jako přemýšlení nad přáním vlastního těhotenství a souvisejícími fantaziemi. Fantazie a asociace klientů, zejména klientů ve vážně narušeném hraničním spektru, mohou nabrat agresivní směr a odrážet regresi k intenzivním symbiotickým touhám nebo primitivní identifikaci s matkou. Vedle podnícení pocitů deprese a vzteku se může objevit také nárůst témat a konfliktů spojených se sexualitou, a to s ohledem na nepopiratelný fakt, že terapeutka je sexuálně aktivní bytost (Diamond, 1992).

Některé terapeutky popisují malé množství témat souvisejících se sexualitou, což je vysvětlováno nepohodlím terapeutek věnovat se otázkám sexuality a tím pádem nedostatečnou pozorností k jemným projevům přenosu týkajícího se tohoto tématu (McGarty, 1988 in Fallon & Brabender, 2003). Podobně i další terapeutčiny konflikty mohou vést k vyhýbání se emočně nabitému materiálu přinášenému klienty. Například pocity úzkosti a viny mohou vést k oslepení nebo k přecitlivělosti na témata vztahující se k těhotenství (Uyehara, Austrian, Upton, Warner, & Williamson, 1995). Terapeutky tak mohou vědomě či nevědomě chránit sebe a svůj plod například před pocity nenávisti a závisti ze strany klientů (Imber, 1990). Dyson a King (2008) uvádějí, že se terapeutky mohou podvědomě chtít zbavit klientů, jejichž požadavky je odvádějí od zaujetí dítětem.

Vedle nově se objevujících témat vyvolává těhotenství terapeutek také nové situace. Například nevíтанé dotýkání břicha terapeutek klienty, žádosti o ukázání obrázku z ultrazvuku (Locker-Forman, 2005) nebo zvýšení osobních otázek klientů. Nové situace s sebou nesou nekonvenční pracovní postupy, které se snaží terapeutky samy hledat v průběhu střetávání se s nimi. Existuje málo svědectví o tom, jak terapeutky nové situace spojené s těhotenstvím zvládají a zda hledají další odborné vedení (Way et al., 2019).

## 2.4 Oznámení těhotenství terapeutky

Oznámení těhotenství klientům bývá terapeutkami prožíváno jako obtížné (Zackson, 2012). Většina odborné diskuze týkající se tématu informování o těhotenství terapeutek je psána z psychoanalytické pozice. Nejedná se o velké překvapení, protože v psychoanalytické psychoterapii je porušení anonymity terapeutek vnímáno jako velký zásah do terapeutického procesu (Uyehara et al., 1995). V následujícím odstavci představím myšlenky vztahující se obecně k oznámení těhotenství terapeutek a v posledních dvou odstavcích se krátce zaměřím na pohled psychoanalytické tradice.

Většina terapeutek řekla klientům o těhotenství během druhého nebo třetího trimestru. S pozdějším odhalením je spojována větší lítost terapeutek, horší klinické výsledky (Way et al., 2019) nebo předčasné ukončení psychoterapie ze strany klientů (Locker-Forman, 2005). Rychleji zveřejňují zprávu terapeutky, které začínají psychoterapii s novými klienty (Zackson, 2012), a dále ty, které jsou zkušenější nebo jsou podruhé těhotné (Locker-Forman, 2005). Uyehara et al. (1995) nedoporučuje oznamovat zprávu v prvním trimestru, a to v souvislosti s vysokým rizikem potratu. Uvědomuje si však, že pozdější sdělení může vést v případě komplikací v těhotenství nebo předčasného porodu k nedostatku prostoru pro prozkoumání přenosové reakce a přípravu na přerušeni nebo ukončení psychoterapie. Dle Bostic et al. (1996) je důležité vést klienta k pozitivnímu rámování konce psychoterapie. Například místo popisu konce jako „*nedokončené záležitosti*“ je možné označit psychoterapii jako „*vykonaný kus práce*“ a povzbudit tak klienta k dalšímu růstu.

Psychoanalytická literatura doporučuje počkat, dokud nezačnou klienti ve svých asociacích narážet na téma těhotenství sami (Uyehara et al., 1995). Stuart (1997) vysvětluje, že i přes absenci viditelných změn na těle terapeutek mohou klienti vnímat jejich emoční změny, které pro ně mohou být signály těhotenství. Díky přinesení tématu těhotenství ze strany klientů dochází k rozvoji přenosových fantazií, konfliktů a způsobů jejich zvládnutí (Čermáková, 2000). Pokud se klienti o těhotenství nezmíní do konce druhého trimestru, je to vnímáno jako jejich obranný postoj a je doporučováno jim o těhotenství říct (Uyehara et al., 1995). Obranný postoj klientů může souviset s prožíváním pocitů úzkosti a viny v souvislosti se sexualitou (Čermáková, 2000). Pro dostatečné zpracování přenosové reakce je dle Uyehara et al. (1995) doporučováno sdělit informaci o těhotenství dva až tři měsíce před ukončením psychoterapie. Klienti, kteří mají v anamnéze neplodnost, potrat nebo mají významnou patologii, doporučuje autorka o těhotenství informovat dříve, než jej sami odhalí. Jejich vlastní odhalení by u nich mohlo vést k pocitům zrady nebo k narušení

terapeutického vztahu. Dle Fallon a Brabender (2003) by mělo být oznámení těhotenství omezeno na minimum informací a před informováním o těhotenství by měly být prozkoumány klientovy fantazie. Také je autory doporučováno oddělit zprávu o těhotenství od oznámení očekávané mateřské dovolené, a to z důvodu ponechání prostoru pro významy spojené s těhotenstvím.

Psychoanalytická literatura se také zaměřuje na načasování oznámení terapeutek a na množství sdělených informací. Načasování sdělení může být ovlivněno jednak nevědomými konflikty na straně terapeutek, jednak jejich pocity viny a úzkosti (Uyehara et al., 1995). Nadměrné skrývání těhotenství může být obranným mechanismem před vědomě nebo nevědomě očekávanými hostilnými reakcemi klientů. Terapeutky se mohou chránit před nenávisí, zlobou, závistí nebo před svými nevyřešenými dětskými konflikty. Naopak odhalení informace o těhotenství je spojeno s touhou po vyjasnění situace klientům, získání dostatečného prostoru pro zpracování této informace nebo se může jednat o motivaci vycházející z protipřenosových pocitů znepokojení, viny a selhání (Čermáková, 2000). Snaha o zmírnění pocitů viny nebo odvrácení hněvu klientů může vést k odhalení příliš velkého množství informací. Naopak poskytnutí málo informací může být způsobeno snahou terapeutek zabránit vlivu těhotenství na terapeutický prostor, přáním chránit dítě nebo se nevystavovat odhalení (Fallon & Brabender, 2003).

### 3 TERAPEUTČINA REAKCE

Těhotenství je typicky v literatuře zobrazováno jako doba emocionálního a psychologického zmatku, který má vliv na osobní i profesní život terapeutek. Terapeutky jsou fyzicky i psychicky zranitelnější než běžně a vypořádávají se s tělesnými a emočními změnami a s přenosovými reakcemi klientů. Přestože jsou očekávané rozdílné reakce terapeutek, u kterých bylo těhotenství plánované, a u těch, které ho neplánovaly, v obou případech těhotenství způsobuje období krize a stresu (Čermáková, 2000). Jakmile si žena uvědomí, že je těhotná, začíná reorganizovat své dosavadní fungování tak, aby vyhověla potřebám svého dítěte (Nadelson et al., 1974). V následující části textu se zaměřím na téma integrace role matky a role profesionálky, přiblížím pestrost pocitů, které se mohou u těhotných terapeutek objevit a popíši důležitost supervizního vedení.

#### 3.1 Integrace role matky a role profesionálky

Vstup terapeutek do mateřství konfrontuje ženy s jejich dvojí identitou – identitou matky a identitou profesionálky (Nadelson et al., 1974). Fallon a Brabender (2003) poznamenávají, že profesionální a osobní krize v těhotenství se objevuje mnohem intenzivněji v prvním těhotenství než v následujících. To může souviset s faktem, že nová zkušenost vyvolává obzvláště silné úzkosti z neznáma (McGourty, 2013) a přináší s sebou různé otázky – například: Zda tělo ženy bude zase někdy normální? Jestli žena přestane cítit nevolnost? Jaký vliv bude mít těhotenství na její práci (Prout, 2019)? A jak se vypořádat s konfliktem identit? U zkušenějších terapeutek a terapeutek v druhém těhotenství se naopak obava o jejich profesní identitu neobjevovala. Pro ně mateřství představovalo dočasnou pauzu od pracovní dráhy (Zackson, 2012). Budování profesní identity je stejně tak jako budování identity mámy obdobím plným stresu a vývojové úzkosti (Baum, 2010). Dochází během ní k sebezkoumání, testování nových kompetencí nebo ke konfrontaci s osobními slabostmi a silnými stránkami (Sun, 1999). Pokud není profesní identita dostatečně rozvinuta může se dostat do konfliktu s novou identitou mámy (Way, et al., 2019).

Integrace role terapeutky a role matky je náročná i s ohledem na to, že terapeutky fungují ve dvou světech současně – v jednom interagují s klienty a v druhém s nenarozeným dítětem (Paluszny & Poznaski, 1971). U terapeutek se může objevit konflikt mezi potřebou být dostatečně dobrou „matkou“ pro klienty a zároveň pro dítě (Nadelson et al., 1974). Konflikt může vést k přehodnocení vztahu terapeutek ke klientům – především vzdání se

mateřských citů směrem k nim a jejich zaměření k nenarozenému dítěti (Way et al., 2019). Často se jedná o velkou změnu, protože terapeutky před těhotenstvím mohou být zvyklé odkládat své vlastní potřeby stranou a soustředit se na blaho svých klientů. Uvědomění si vlastních potřeb a potřeb svého plodu může vést ke změně priorit. Vlivem změn se mohou u terapeutek objevit pocity neklidu a zranitelnosti (Baum, 2006). Objevit se mohou také pocity provinění, a to kvůli zaujetí nadcházejícím dítětem, sníženému zájmu o práci a nižší citlivosti ke klientům (Baum & Herring, 1975). Krize integrace rolí může vést k popření dopadu těhotenství na terapeutický proces nebo k popření pocitů viny a úzkosti (Uyehara et al., 1995).

Nová identita terapeutek, identita mámy, vede k úvahám o jejich větší profesionální důvěryhodnosti (Zackson, 2012). Některé studie (Locker-Forman, 2005; Zackson, 2012) předpokládají, že těhotenství a mateřství zvyšuje identifikaci a ocenění ze strany klientů, kteří jsou již rodiči. Diamond (1992) poznamenává, že těhotné terapeutky, které kdysi mohly plynule přecházet mezi mateřskou a otcovskou identifikací svých klientů, se během těhotenství mohou cítit dočasně imobilizovány v rámci převážně mateřské přenosové role.

### 3.2 Terapeutčiny pocity

Těhotenství může u terapeutek vyvolat řadu různých pocitů, které mohou být reakcí na klienty nebo mohou vyplynout z terapeutčinych vlastních nevědomých nevyřešených konfliktů, hormonálních výkyvů nebo fyzických změn (Fallon & Brabender, 2003). V následujících odstavcích se pokusím nejprve přiblížit možné prožívání terapeutek v jednotlivých trimestrech a následně se zaměřím na různé emoce, které se mohou u terapeutek objevit.

V prvních třech měsících je obvykle těhotenství před okolním světem utajeno. Přesto se u terapeutek může objevit celá řada pocitů, které ovlivňují jejich schopnosti naslouchat klientům (Zackson, 2012). Emocionálně mohou zažít vzrušení a radost v kombinaci s úzkostí a strachem, zatímco fyzicky mohou pociťovat únavu, nevolnost a nepohodlí (Fenster et al., 1986 in Hacham-Lynch, 2014). Druhý trimestr je obecně klidnějším časem s méně fyzickým nepohodlím, menší úzkostí, zvýšenou empatií a zájmem o porozumění klientovým reakcím na těhotenství. Několik autorů se domnívá, že druhý trimestr je klíčovým obdobím pro řešení přenosu a protipřenosu (Balsam, 1974 in Zackson, 2012). Některé studie však dokládají daleko větší pohlčení vnitřním životem v druhém trimestru než v prvním trimestru (Turkel 1993). Ve třetím trimestru mohou být ženy plné obav



a zároveň nadšení z nadcházejícího narození, přičemž může docházet také ke zvýšení fyzického nepohodlí a únavy. Tyto zkušenosti mohou narušovat dostupnost terapeutek pro klienty (Dyson & King, 2004). Během posledních týdnů před narozením dítěte a bezprostředně po něm byl popsán Winnicottem (1956) stav nazvaný „*primárním mateřským zaujetím*“. Během tohoto období se mohou terapeutky cítit zranitelnější, stávající se zapomnětlivějšími, emočně labilními a může se o u nich objevit obava z integrace role mámy a terapeutky.

V průběhu těhotenství se vedle radosti a těšení se z naplnění jedné z životních rolí, objevuje emoční labilita a starosti spojené s vývojem nenarozeného dítěte (Čermáková, 2000). Terapeutky se v průběhu těhotenství musí vyrovnat se svou vlastní zranitelností, která pramení nejen z jejich potřeby chránit vyvíjející se plod, ale také ze změn jejich fyzického vzhledu, kterého si klienti mohou všimnout a komentovat ho (Zackson, 2012). Obava o zdraví dítěte vede k potřebě ho chránit před negativním a agresivním přenosem klientů (Bienen, 1990; Imber, 1990). Objevují se však i případy, kdy je terapeutkám líto a cítí pocity frustrace, pokud se klienti ostýchají vyjádřit hněv nebo jiné emoce (Fenster, 1983; McCluskey, 2017).

Některé studie popisují v souvislosti s těhotenstvím terapeutek jejich pocity viny. Ty se objevují především při práci s klienty, kteří bojují s neplodností (McCluskey, 2017; Zackson, 2012). Plánovaná absence v důsledku mateřství může být především u dětských terapeutek vnímána jako úmyslné opuštění klientů. Vliv symptomů těhotenství, například potíže s koncentrací, může vést terapeutky k hodnocení jejich výkonu jako nedostatečného. Z toho důvodu jsou někdy terapeutky přesvědčené, že jejich těhotenství mělo nepříznivé důsledky na klienty (Way et al., 2019). Hodnocení svého výkonu jako nedostatečného se vyskytuje především u terapeutek ve výcviku (Baum, 2006; Locker-Forman, 2005). Pocity viny, úzkosti a zmatku se u nich objevují také v souvislosti s oznámením jejich těhotenství, a to především kvůli obavám z hněvu klientů nebo ze způsobení terapeutické trhliny (Way et al., 2019).

Pocity viny se snaží terapeutky snížit různými způsoby. Některé poskytují více osobních informací klientům (Fenster, 1983; Zackson, 2012), jiné s nimi udržují kontakt v průběhu mateřské dovolené (Bashe, 1989) nebo se vracejí brzy zpět do práce (Baum, 2006). Mezi další ochranné strategie lze zařadit potlačení vzpomínek na konfrontační sezení (Locker-Forman, 2005) nebo popření dopadu těhotenství na psychoterapii (Way et al., 2019). Popření důsledků svého fyzického stavu na práci se

objevuje především v prvním těhotenství (Fallon & Brabender, 2003) a může vést k vedení psychoterapií při pocitech slabosti (Baum, 2006; Locker-Forman, 2005). Kupříkladu ve výzkumu zaměřujícím se na terapeutky ve výcviku (Baum, 2010) se terapeutky snažily o stejné fyzické fungování jako v době, kdy nebyly těhotné. Nebraly si dny volna a nežádaly o jakékoliv úlevy. Anderson (1994) píše o tom, že terapeutky nejsou „*superženami*“ a jejich fyzický a emoční stav vyžaduje změnu pracovního nasazení.

Mezi další popisované pocity se řadí zoufalství, zranitelnost a naštvání v případech, kdy klienti mají fantazie o ublížení dítěti nebo o potratu (Fenster, 1983). Snížená tolerance se objevila ke klientům, kteří neměli vhodné rodičovské postupy (Zackson, 2012), k dětem, které byly týrané nebo k tématu ztráty dítěte. Obtíže s těmito tématy pravděpodobně souvisí s vyšším uvědomováním si zranitelnosti dětí nebo s nadměrnou identifikací terapeutek s vlastním dítětem (Locker-Forman, 2005). V těchto případech se terapeutky snaží předat klienty jiným kolegům (Zackson, 2012).

U terapeutek se mohou na jedné straně objevit pocity úlevy z ukončení spolupráce s obtížnými klienty nebo z odchodu z nevyhovujícího pracovního prostředí (Siebold, 1991), na straně druhé mohou cítit smutek (Fallon & Brabender, 2003) nebo úzkost z oddělení od klientů, ztráty profesní role a tím pádem zdroje uspokojení (Siebold, 1991). Baum (2007) zjistil, že terapeutky mají lepší pocit ze sebe sama v případě, kdy jsou spokojeny s procesem ukončení psychoterapie. Pokud nebylo dosaženo cílů psychoterapie, mohou se terapeutky cítit zklamané a frustrované. Zároveň se může objevit stres z předávání klientů jiným kolegům. V případě, že noví terapeuti dosáhnou vynikajících klinických výsledků, může být poškozeno sebevědomí odcházejících terapeutek. V jiných případech mohou mít terapeutky fantazie o všemocnosti, kdy nevěří tomu, že by jiný terapeut mohl být pro klienty užitečný (Siebold, 1991).

### 3.3 Supervize

Jak již bylo výše popsáno, těhotenství zvyšuje citlivost terapeutek na protipřenos, což zvyšuje potřebu supervizí. Objevuje se doporučení diskutovat otázky související s těhotenstvím nejdříve na supervizi a až poté je přinést do terapeutického procesu (Way et al., 2019; Imber, 1995). Podpůrná supervize dokáže obohatit terapeutický proces a vést k vytvoření silnějšího vztahu s klienty (Zackson, 2012).

Bohužel literatura naznačuje, že řada supervizorů má obtíže v empatickém provázení těhotných terapeutek (Uyehara et al., 1995). Někteří supervizoři se tématu těhotenství

vyhýbají, což se zrcadlí ve vyhýbání se tématu také v terapeutickém procesu při práci s klienty. V případě, že supervize nebere v potaz dopad těhotenství na psychoterapii, vyhledávají těhotné terapeutky kontakt s dříve těhotnými kolegyněmi. To může naznačovat jejich potřebu po zdrojích profesní identifikace (Way et al., 2019). Pravděpodobně i z tohoto důvodu preferují terapeutky supervizorky s jejich vlastní zkušeností s poskytováním psychoterapie během těhotenství. Naopak se necítí dobře v diskuzích o svém těhotenství se supervizory nebo s bezdětnými supervizorkami (Fenster, 1983).

Těhotné terapeutky ve výcviku vnímají jako nepohodlné mluvit na supervizi opakovaně o tématu těhotenství (Baum, 2006). Časté věnování se tématu těhotenství společně s méně rozvinutou profesionální identitou může souviset s neochotou bavit se o tématech vnímaných jako osobní (Way et al., 2019). Dyson a King (2008) doporučují pro vyrovnání se s tématem těhotenství vedle supervize vlastní psychoterapii, čtení si o tématu, psaní osobního deníku nebo kontakt s terapeutkami, které mají podobnou zkušenost.

## 4 REAKCE KLIANTA NA TĚHOTENSTVÍ TERAPEUTKY

Zájem o dopad těhotenství terapeutek na klienty je v odborné veřejnosti poměrně vysoký (Bassen, 1988; Schmidt, Fiorini, & Ramires, 2015; Whyte, 2004). Těhotenství signalizuje terapeutčinu změnu dostupnosti, priorit a konec nebo přerušení pravidelné podpory (Way et al., 2019). Reakce klientů na těhotenství terapeutek je nepředvídatelná a jedinečná. Někteří klienti mohou reagovat starostlivým přístupem, který může být upřímný, zatímco jiní mohou reagovat defenzivně (Zackson, 2012). V následujícím textu krátce představíme paletu pocitů a reakcí, které se mohou u klientů objevit.

Mezi prvními tématy klientů se často objevují obavy z nedostatku prostoru, pocity opuštění (Čermáková, 2000) a obava z toho, že je terapeutka buď přestane vidět nebo že bude emočně nedostupná (Zackson, 2012). Bassen (1988) zjistil širokou škálu pocitů, které klienti mohou prožívat. Jedná se o pocity závislosti, ztráty, odloučení, žárlivosti a soutěžení, pocity odporu vůči ženské sexualitě, úzkosti a viny ohledně přání smrti plodu a terapeutky. Někteří klienti mohou terapeutce závidět, že „*má všechno*“ - kariéru, manželství a dítě (Fenster, 1983). Další běžnou reakcí na jakékoliv nucené ukončování psychoterapie je návrat symptomů a krátkodobá regrese (Dewald, 1965). Většina výzkumů zaznamenala u klientů zvýšené riskantní chování (Bassen, 1988), obavy z opuštění (Gibb, 2004) a nedocházení (Napoli, 1999). Jako obranu proti opuštění mohou někteří klienti ukončit psychoterapii (Zackson, 2012).

Fallon a Brabender (2003) dělí reakci klientů na tu, která je odpovědí na terapeutický vztah – naštvaní na konec psychoterapie, radost z terapeutčina těhotenství nebo závist. Druhou reakci popisují jako přenosovou. Ta dle autorů vychází z klientových minulých a interních konfliktů. Těhotenství a mateřství má vliv na vyvolání dříve nevyjádřených myšlenek a pocitů a může znovu aktivovat zbytky raných vývojových problémů (Gibb, 2004) nebo evokovat hluboce zakořeněné dětské konflikty, fantazie a přání (Bassen, 1988). Siebold (2007) doporučuje prodloužit ukončování psychoterapie u klientů, kteří jsou vysoce zranitelní k regresi nebo k fragmentaci po ztrátě terapeutické podpory. Jako důležité vnímá dostatek času na ukončení, a to kvůli komplexitě obtíží, které mohou být kvůli ukončování aktivovány na straně klientů i terapeutek. V případě zranitelných klientů, kteří se setkali s velkými nebo ranými traumaty, může ukončení psychoterapie spustit komplex pocitů – pocity ztráty, vzteku, viny nebo zrady (Chernus, 2016). Podobné emoce

se objevují u klientů, kteří mají v anamnéze ztrátu nebo vícenásobnou ztrátu (Siebold, 1991). Důkladné pochopení dřívějších ztrát klientů může být cenným přínosem pro pochopení jejich reakce na ukončení – klienti budou pravděpodobně reagovat stejně jako na předchozí ztráty (Dewald, 1965). Z tohoto důvodu dobrá znalost obtíží klientů a jejich předchozí úrovně fungování může připravit terapeutky na opakování obtíží (Reingold, 2004).

Klienti obvykle neverbalizují přání zničit dítě, ale naopak se proti tomu brání v podobě idealizace terapeutek nebo vnitřním neklidem (Klein, 1957 in Zackson, 2012). Nevyjádřený hněv může souviset s přáním nezatěžovat terapeutku (Zackson, 2012). Z tohoto důvodu je doporučeno zkoumat idealizace terapeutek a snažit se pochopit reakce klientů (Fallon & Brabender, 2003).

## 5 SOUČASNÉ POZNÁNÍ ZKUŠENOSTI TERAPEUTEK S JEJICH TĚHOTENSTVÍM

Podíváme-li se na téma ukončení nebo přerušení psychoterapie v souvislosti s těhotenstvím terapeutek zjistíme, že existuje poměrně dostatek literatury mapující dopad na klienty, ale poměrně málo článků zaměřujících se na zkušenost terapeutek. Terapeutky často diskutují reakce svých klientů, ale opomíjejí komentovat své osobní zkušenosti s vedením psychoterapií v těhotenství (Dyson & King, 2008). Kromě toho, že jsou články zkoumající osobní zkušenost terapeutek ojedinělé, často se zaměřují pouze na popis jednotlivých kazuistik a klinických anekdot (Stuart, 1997; Hopkins, 2004; Miller & Giffin, 2019), vycházejí ze sebeanalýzy (Bienen, 1990; Imber, 1990) a z psychoanalytické perspektivy (Uyehara et al., 1995). Menší počet se zaměřuje na rozhovor s terapeutkami (Bassen, 1988; Fallon & Brabender, 2003), přičemž data o výzkumech pohledu terapeutek jsou často shrnována bez prepisů úryvků rozhovorů (Bassen, 1988). Odborná veřejnost se shoduje na tom, že přetrvává nedostatek empirických kvalitativních výzkumů, které by zkoumaly zkušenost terapeutek (Way et al., 2019; Dyson & King, 2008).

Většina dostupné literatury pochází ze Spojených států (Baum, 2010) a velkou část dostupných zdrojů tvoří univerzitní práce (Wolfe, 2013; Hacham-Lynch, 2014). V době psaní bakalářské práce jsem dohledala dvě knihy pojednávající o těhotenství terapeutek: „*The pregnant therapist: intrusion in the analytic space*“ (Fenster, Phillips, & Rapoport, 1986), „*Awaiting the therapist's baby: a guide for expectant parent-practitioners*“ (Fallon & Brabender, 2003). V České republice jsem našla pouze jeden článek napsaný v roce 2000 paní Čermákovou. Mezi nejnovější studie lze zařadit práce Way et al. (2019) a Prout (2019). Krátce je představím v následujících odstavcích.

V roce 2019 Way et al. vypracovali meta-analýzu dosavadních výzkumů zabývajících se osobními zkušenostmi těhotných terapeutek a terapeutek po narození dítěte, a to v různých psychoterapeutických směrech. Do meta-syntézy zahrnuli 13 kvalitativních studií, přičemž 12 z nich se zaměřuje na zkušenost terapeutek během těhotenství, jedna studie zkoumá zkušenost po narození dítěte. Dle jejich výsledků má těhotenství největší dopad na prvorodičky, dětské terapeutky a terapeutky ve výcviku. Jako hlavní témata napříč výzkumy identifikovali změnu identity terapeutek, odhalení terapeutek, výzvy související s osobním i profesním životem a téma viny.

V roce 2019 napsal Prout článek, ve kterém prezentuje 4 studie. Tyto studie ukazují, jak se terapeutčino těhotenství protíná s psychoterapeutickou prací a upozorňují na transformaci terapeutek v mnoha sférách jejich života. Článek obsahuje mimo jiné i případy, kdy se terapeutkám narodí dítě s postižením. Popisuje několik aspektů zkušenosti terapeutek s těhotenstvím – prohloubení porozumění nevědomé komunikaci v terapeutickém vztahu; rozvoj odolnosti terapeutek; uznání osobních a profesních omezení a novou kapacitu pro práci s hněvem, závistí a traumatem spojeným s těhotenstvím a porodem.

# EMPIRICKÁ ČÁST



## 6 FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Bylo napsáno hodně o tom, jak klienti reagují na těhotenství terapeutek, ale poměrně málo o tom, jak je psychoterapeutická práce formována v kontextu těhotenství terapeutek a jakou zkušenost mají terapeutky s vedením psychoterapií v průběhu svého těhotenství. Malý počet článků zkoumajících perspektivu terapeutek (např. Bienen, 1990; Imber, 1990; Dyson & King, 2008) dle mého názoru vede k nedostatečnému empirickému porozumění zkušenosti terapeutek s jejich těhotenstvím v souvislosti s vedením psychoterapií.

V České republice jsem dohledala pouze jeden článek související s tímto tématem (Čermáková, 2000). Zbývající literatura pochází z velké části ze Spojených států (Baum, 2010). Domnívám se, že bližší porozumění tomuto tématu může otevřít diskuzi o zkušenosti těhotných terapeutek s vedením psychoterapií v průběhu jejich těhotenství v českém prostředí.

V bakalářské práci se zaměřím na zkušenost terapeutek s vedením psychoterapií v průběhu jejich prvního těhotenství. Na základě výše popsaných východisek formuluji následující výzkumnou otázku: *Jakou zkušenost uvádějí terapeutky, které v době svého prvního těhotenství pracovaly s klienty?*

Cílem práce je zachytit zkušenost terapeutek pracujících s klienty v průběhu jejich prvního těhotenství. Předpokládám získání poznatků o těhotenství terapeutek v českém kontextu, pro který data zatím chybí.

## 7 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V této kapitole popíši použitý design výzkumu, metodu výzkumu, metodu získávání dat, charakteristiku výzkumného souboru, průběh směru dat a metodu analýzy dat. Dále se zaměřím na reflexi výzkumné pozice a neopomenu etické aspekty spojené s výzkumem a limity předložené práce.

### 7.1 Design výzkumu

S ohledem na výzkumný cíl a výše položenou výzkumnou otázku bude výzkum vycházet z kvalitativního přístupu. Hlavní výhodou kvalitativního výzkumu spatřuji v tom, že oproti kvantitativnímu výzkumu je blíže aktuálnímu fenoménu a žité zkušenosti (McLeod, 2013). Zároveň kvalitativní výzkumný design může ukázat na něco, co je doposud výzkumníky nebo teoriemi přehlížené (Bohart & Wade, 2013). Předpokládám, že nám kvalitativní výzkum poodhalí nuance zkušenosti terapeutek s jejich prvním těhotenstvím. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako podklad pro budoucí kvantitativní výzkum, který by mohl získaná data ověřit.

### 7.2 Metoda výzkumu

Jako výzkumná strategie byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále pouze IPA). V bakalářské práci se pokusím porozumět tomu jakým způsobem přicházejí terapeutky k porozumění své zkušenosti s psychoterapeutickou prací během svého prvního těhotenství (srov. Smith & Osborn, 2007). Předpokládáme, že IPA poskytne hlubší porozumění pohledu terapeutek a umožní nám zjistit, jak vnímají a prožívají svou zkušenost a jaký význam své zkušenosti přikládají (srov. Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Uvědomuji si, že v porozumění hraje důležitou roli i moje vlastní zkušenost a pohled na svět, stejně tak jako moje interakce s respondentkami při rozhovorech (srov. Smith, 2004). Z tohoto důvodu níže přikládám reflexi výzkumné pozice (viz kap. 7.8).

### 7.3 Metoda získávání dat

Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který mi umožnil dostatečnou flexibilitu v pokládání otázek (srov. Smith, 2004). Díky této flexibilitě jsem měnila pořadí a přesné znění otázek dle potřeby. Respondentkám byly otázky pokládány na základě situace a celkového kontextu rozhovoru. Při vedení rozhovoru s respondentkami jsem měla neustále

na paměti výzkumnou otázku, na kterou hledám odpověď. Během získávání dat jsem se snažila o tom, aby respondentky vyprávěly příběhy a vyjadřovaly své pocity a myšlenky související s tématem (srov. Smith et al., 2009).

Rozhovor jsem vedla pomocí schématu rozhovoru (příloha 1). Otázky směřovaly na terapeutický proces, terapeutický vztah, ukončování psychoterapie, reakce klientů, reakce terapeutek a na další proměnné, které by mohly být ve zkušenosti terapeutek významné. Respondentkám jsem v rámci rozhovoru poskytla dostatek prostoru k zaměření se na oblasti, které byly pro ně významné. Vedení rozhovoru vyžadovalo moji aktivitu a dostatečnou koncentraci na zachycení témat, které byly pouze naznačeny. Na ně jsem se snažila dále doptávat, a tak rozvíjet porozumění respondentek jejich zkušenosti, například otázkami typu „*Jaké to pro Vás bylo?*“ „*Jak jste tomu rozuměla?*“ apod.

Pilotní rozhovor byl realizován s terapeutkou, která v průběhu svého prvního těhotenství pracovala s klienty, ale neměla dokončený psychoterapeutický výcvik. Tuto respondentku jsem zvolila na základě mých obav z nízkého počtu terapeutek se zkušeností s psychoterapeutickou prací během prvního těhotenství a s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem. Pilotní rozhovor přinesl potřebná data, což mě vedlo k zachování výzkumné strategie. Zároveň pilotní rozhovor vedl k drobným změnám týkajících se především způsobu pokládání otázek, podrobnějšího doptávání se na konkrétní příběhy a pocity a k uvědomění si nutnosti mé větší aktivity v sumarizování a parafrázování. K drobné revizi výzkumné strategie došlo dále na základě pravidelné reflexe po přepsání jednotlivých rozhovorů a před realizací dalších rozhovorů (srov. Smith et al., 2009). Jednalo se především o vyřazení těchto otázek: „*Jaké intervence dle Vašeho názoru pozitivně ovlivnily terapeutický proces?*“ „*Jaké intervence naopak dle Vašeho názoru měly negativní vliv na terapeutický proces?*“ „*Co bylo dle Vás při ukončování užitečné?*“ „*Co mělo dle Vás při ukončování negativní dopad?*“ Tyto otázky u respondentek nepřinášely nová data, naopak vedly k popisu jejich běžného způsobu psychoterapeutické práce.

#### 7.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor by měl reprezentovat zkoumaný fenomén (Smith & Osborn, 2007) a měl by být homogenní (Smith et al., 2009). Prvním homogenizujícím aspektem v předložené studii je zahrnutí terapeutek, které ukončily nebo přerušily psychoterapeutickou práci s klienty z důvodu jejich prvního těhotenství a následného mateřství. Kritérium prvního těhotenství jsem zvolila na základě shody několika autorů

na tom, že první těhotenství s sebou přináší období profesní a osobní krize (srov. McGrouty, 2013; Fallon & Brabender, 2003).

Druhým homogenizujícím aspektem byl dokončený psychoterapeutický výcvik v době těhotenství, příp. jeho uzavření bez závěrečných zkoušek. Vycházím tak z předpokladu, že zkušenější terapeutky prožívají psychoterapeutickou práci v průběhu jejich prvního těhotenství jinak než terapeutky, které jsou ve výcviku (srov. Baum, 2006).

Třetím homogenizujícím aspektem byl minimálně rok psychoterapeutické praxe před otěhotněním terapeutek. Domnívám se, že minimální roční praxe umožňuje zhodnotit změny terapeutického procesu a terapeutického vztahu objevující se v době těhotenství terapeutek.

Posledním, čtvrtým, homogenizujícím aspektem byla maximální doba od odchodu nebo přerušení psychoterapeutické praxe čtyři roky. Delší časová prodleva od této zkušenosti by mohla být zkreslena vlivem retrospektivy.

Předložená práce se zabývá uceleným zpětným pohledem terapeutek na terapeutický proces. Práce se nezaměřuje na terapeutky, které stále pracují během těhotenství s klienty. Takové terapeutky by nemohly zhodnotit celkový terapeutický proces a neměly by zkušenost s ukončováním klientů.

Práce se nezabývá věkem respondentek, obtížemi, se kterými se klienti na terapeutky obrátili nebo psychoterapeutickým směrem terapeutek. V práci však tyto aspekty neopomím a přistupuji k nim otevřeně. Ze studie byly vyloučeny terapeutky, které měly komplikované těhotenství, a to z důvodu potenciálního výskytu témat týkajících se ztráty a úmrtí dítěte. Domnívám se, že by výzkum terapeutek, které měly komplikované těhotenství mohl přinést užitečná data, avšak předpokládám, že by se lišila od zkušenosti terapeutek bez závažných zdravotních komplikací. Nad limity výše uvedených vymezení se zamyslím podrobněji v diskuzi (viz kap. 9.2).

Respondentky byly vybrány metodou záměrného výběru a metodou sněhové koule. Na základě zvolených kritérií jsem se snažila vybrat vhodné účastnice výzkumu. Do výzkumu byly zařazeny terapeutky, které zareagovaly na výzvu k účasti ve výzkumu (příloha 2), případně jim byla výzva o účasti ve výzkumu preposlána společným známým. Zařazeny byly terapeutky, které s výzkumem souhlasily. Výzkumný soubor se finálně skládal z pěti respondentek. Menší počet respondentek umožnil detailní analýzu jejich zkušenosti (srov. Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Charakteristika respondentek je uvedena v tabulce 1. Jejich krátké představení lze nalézt v kapitole 7.5.

Tabulka 1 Charakteristika respondentek

Jméno	Věk	Psychoterapeutický směr	Délka praxe před otěhotněním	Počet psychoterapií za týden	Cílová skupina
Alice	34	KBT	5 let	4	Dospělí, rodiny, páry, děti
Iva	34	Gestalt terapie	5 let	6	Dospělí, skupiny
Olga	30	KBT	3,5 roku	20	Dospělí
Magda	32	Integrativní terapie	6 let	10–15	Dospělí, rodiny, děti
Petra	42	Integrativní terapie	1,5 roku	10	Dospělí

Pozn.: KBT = kognitivně behaviorální terapie

## 7.5 Krátké představení respondentek

Nejprve krátce popíši společné aspekty respondentek a poté se zaměřím na jejich představení. Čtyři respondentky již měly po porodu, jedna (Alice) měla tři týdny před porodem a s klienty již nepracovala. Všechny terapeutky mají od porodu maximálně čtyři roky. U všech respondentek bylo těhotenství plánované a všechny vystudovaly jednooborovou psychologii. Terapeutky, které mají v tabulce uvedený nízký počet psychoterapeutických sezení za týden, pracovaly ve zbylém čase formou poradenství nebo krizové intervence – tyto služby byly klientům poskytovány bezplatně.

**Alice** byla v průběhu rozhovoru těhotná. Práci s klienty již ukončila. Pracovala celým úvazkem v neziskové organizaci. Poskytovala především poradenské služby, s některými klienty pracovala psychoterapeuticky. V průběhu třetího měsíce těhotenství byla kvůli zvýšené únavě v pracovní neschopnosti. Zbytek těhotenství měla bezproblémový. Ve čtvrtém měsíci těhotenství pracovala některé dny z domu. Ukončovala se všemi klienty a měla v plánu zůstat tři roky doma a „užít si s tím děťátkem.“ Zároveň kdyby jí práce chyběla, tak by hledala varianty, jak se pracovně realizovat.

**Iva** pracovala polovičním úvazkem jako krizový intervent a polovičním úvazkem v soukromé psychoterapeutické praxi. Kromě dopoledních nevolností na začátku těhotenství měla těhotenství bezproblémové. Na začátku jí bylo špatně od žaludku, což řešila naplánováním dne, tak aby „to přežila.“ Popisovala, že z těhotenství nestihla „být ve stresu.“ S většinou klientů spolupráci ukončovala, s několika dlouhodobými klienty spolupráci přerušovala na tři až šest měsíců.

**Magda** pracovala jako terapeutka na půl úvazku v neziskové organizaci a na půl úvazku v soukromé psychoterapeutické praxi. Těhotenství měla bez obtíží. Se všemi klienty ukončovala spolupráci. Nevěděla, kdy se bude chtít do soukromé praxe vrátit, protože šla „do něčeho, co vůbec nevím, jaký bude.“

**Olga** pracovala na poloviční úvazek jako terapeutka v neziskové organizaci a na poloviční úvazek byla v soukromé psychoterapeutické praxi. Na začátku těhotenství se potýkala s únavou a se zdravotními obtížemi. Z tohoto důvodu byla v prvním trimestru šest týdnů v pracovní neschopnosti. Měla obavy, že přijde o miminko. Klienty ukončovala postupně, s tím že před jejím odchodem na mateřskou měl na ukončení klientů vliv COVID - 19.

**Petra** pracovala plným úvazkem v soukromé psychoterapeutické praxi. První čtyři měsíce se potýkala s nevolnostmi. I přes nevolnosti nadále poskytovala psychoterapie. V dalších měsících nepopisovala zdravotní obtíže. S většinou klientů přerušovala spolupráci a měla v plánu se vrátit cca po šesti měsících.

## 7.6 Průběh sběru dat

K získání respondentek byly zvoleny dva způsoby. Jedním z nich bylo umístění výzvy o účasti ve výzkumu na sociální síti Facebook. Výzva byla umístěna na zed' autorky a do facebookových skupin související s psychologii a psychoterapií, například do skupin „*Psycholog v praxi – skupina určená pro psychology*“, „*Narativ*“ aj. Druhým způsobem bylo rozeslání výzvy několika přátelům autorky výzkumu emailem s prosbou o sdílení mezi svými známými.

Na výzvu na Facebooku reagovalo celkem 37 terapeutek. Přes email se jich ozvalo 5. Všem terapeutkám, které se ozvaly jsem položila doplňující otázky sloužící ke zjištění, zda splňují mnou zvolená kritéria. Jednalo se o tyto tři otázky: 1) *Jak dlouho je to od Vašeho prvního těhotenství?* 2) *Jak dlouho jste před začátkem těhotenství pracovala psychoterapeuticky s klienty?* 3) *Měla jste v těhotenství dokončený psychoterapeutický výcvik?* Velká část terapeutek nespĺňovala zvolená kritéria, a to především kvůli stále probíhajícímu psychoterapeutickému výcviku nebo aktuálnímu těhotenství, při kterém stále pracovaly s klienty. Celkem 9 terapeutek splňovalo zvolená homogenizující kritéria (viz kap. 7.4). Do výzkumu k bakalářské práci jsem zařadila prvních 5 terapeutek, které splňovaly kritéria. Menší vzorek mi umožnil detailní analýzu každého případu (srov. Smith et al., 2009).

Všechny rozhovory se uskutečnily formou videohovoru přes webové rozhraní meet.google.com. K realizaci online setkání jsem se rozhodla s ohledem na nestálou epidemickou situaci. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a poté přepsány do textové podoby.

Jako první otázku jsem zvolila: „*Jak byste srovnala sezení v době, kdy jste ještě nebyla těhotná a v době, kdy už ano?*“ Respondentkám byl ponechán dostatečný prostor pro otevřené sdílení. Následné otázky byly vždy pokládány s ohledem na aktuální kontext. Nejkratší rozhovor trval 59 minut, nejdelší 109 minut. Délka ostatních rozhovorů se pohybovala okolo 75 minut.

## 7.7 Metoda analýzy dat

Analýza probíhala nejprve detailním prozkoumáváním jednotlivých případů do té doby, než bylo dosaženo určitého stupně jejich porozumění (srov. Smith, 2004). Analýza přepsaných rozhovorů probíhala v několika fázích. Nejprve jsem opakovaně četla text, což mi umožnilo proniknout do zkušenosti respondentek. Dále jsem k většímu ponoření se do původních dat poslouchala záznamy rozhovorů, četla si přepsané texty nahlas a dekonstruovala jsem text, který jsem následně četla pozpátku (srov. Smith et al., 2009).

Další krok analýzy spočíval ve vytváření prvotních poznámek. Na levou stranu textu jsem umísťovala poznámky psané v první osobě nebo to byly poznámky popisného charakteru, které zachycovaly perspektivu terapeutek. Při umísťování poznámek jsem si všímala zvláštností ve výpovědích, nápadných a často se objevujících slov nebo jazykových prostředků. V dalším kroku analýzy byly zachytávána vynořující se témata, která vycházela z prvotních komentářů a byla zapisována na pravou stranu textu. K označení témat byl použit jazyk respondentek. Odborné psychologické termíny jsem téměř nepoužívala (srov. Smith et al., 2009). Objevila se například tato témata: „*pauza s otazníkem*“ (odpovídá jazyku respondentek), „*význam protipřenosu*“ (vychází z psychologického pojmosloví). Poté jsem témata přepsala na samostatné listy a vložila do programu Atlas.ti, ve kterém jsem vytvořila síťové náhledy. Mezi tématy jsem hledala vzájemné souvislosti, příbuznosti nebo jejich hierarchii. Vynořující se témata byla u každého rozhovoru analyzována „od začátku“, což kladlo vysoký nárok na uzávorkování myšlenek a nápadů, které vznikaly z analýzy předchozích rozhovorů. O dostatečnou otevřenost ke každému případu jsem se snažila pravidelnou sebereflexí. Z každého rozhovoru jsem vytvořila seznam finálních témat, čímž jsem se snažila o zachování idiografického přístupu ke každému případu.

Následně jsem hledala vzorce napříč případy. Do závěrečného seznamu témat jsem zařadila také témata s nižší prevalencí, a to z důvodu dokreslení a obohacení zkušenosti terapeutek (srov. Smith & Osborn, 2007). Byla identifikována tato společná témata: „oznámení terapeutek o těhotenství klientům“, „reakce klientů“, „podpora terapeutek“,

„změny na straně terapeutek“, „změny v terapeutickém procesu“, „změny vztahu s klienty“ a „ukončení nebo přerušování psychoterapií“.

## 7.8 Reflexe výzkumné pozice

Průběžná reflexe mé vlastní zkušenosti s tématem mi umožňovala pracovat ve fenomenologické perspektivě. V IPA se nesnažíme na rozdíl od tradičního fenomenologického pojetí vzdát naší zkušenosti, ale snažíme si ji využít při analytickém procesu. V rámci IPA je uvědomovaná a reflektovaná zkušenost vnímána ku prospěchu výzkumu (srov. Finlay & Evans, 2009).

Téma bakalářské práce jsem zvolila na základě rozhovoru s terapeutkou, která pracovala s klienty v průběhu svého prvního těhotenství. Terapeutka mluvila o nedostatečné literatuře a metodické podpoře pro psychoterapeutickou práci během těhotenství. Téma mě zaujalo svou „novostí“, vzbudilo ve mně velkou zvědavost a zájem.

Můj zájem o téma podpořila pro mě překvapivě vysoká reakce terapeutek na výzvu k účasti na výzkumu. Některé terapeutky projevíly zájem o zaslání dokončené bakalářské práce. Zájem terapeutek a reakci na výzvu jsem si vysvětlila jako nedostatek zdrojů a odborné diskuze na toto téma, což zvýšilo moji motivaci k psaní a důkladnému prostudování dostupných zdrojů.

Během vedení rozhovorů s respondentkami jsem si uvědomila, jak odlišnou zkušenost jednotlivé terapeutky mají. Všimla jsem si jejich osobnostní odlišnosti a snažila se uzávorkovat mně blízké psychoterapeutické nastavení. Překvapilo mě, že v každém dalším rozhovoru se ukázalo mnoho nových nuancí.

V průběhu psaní bakalářské práce se téma těhotenství v mém životě dostalo z akademické roviny do roviny osobní. Při vedení rozhovorů jsem nebyla těhotná, ale již v té době jsme chtěli s manželem založit rodinu. Otázky pokládané respondentům tak pro mě byly živé i s ohledem na moji poradenskou práci s klienty. Při psaní druhé poloviny bakalářské práce jsem otěhotněla. Při analýze dat jsem se snažila uzávorkovat svoji zvědavost na některá témata a zachovat otevřenost ke všemu, co se v rozhovorech objevilo. K tomu mi pomáhala pravidelná sebereflexe.



## 7.9 Etické aspekty a limity práce

Respondentky byly předem seznámeny s cílem a účelem výzkumu. Účastnily se ho dobrovolně a před realizací rozhovoru udělily písemný informovaný souhlas (příloha 3). Respondentky se v něm zavázaly k poskytování dat a souhlasily s nahráváním rozhovorů. Seznámily se v něm s možností kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit a byla jim zaručena anonymita. Respondentky jsem na začátku rozhovoru znovu seznámila s cíli výzkumu, anonymitou a možností neodpovídat na otázky, na které nebudou chtít odpovědět. Žádná z respondentek této možnosti nevyužila. Také jsem jim nechala prostor na jejich otázky směrem k výzkumu a domluvila jsem se s nimi, že v případě potřeby se na ně budu moci znovu obrátit s doplňujícími otázkami. Této možnosti jsem nevyužila. Jedna respondentka se na začátku rozhovoru zeptala na moji motivaci k výběru tématu bakalářské práce. Tři respondentky projevily zájem o zaslání dokončené bakalářské práce.

Při výzkumu a zejména při analýze dat jsem pečlivě zvažovala, jakým způsobem zajistit anonymitu respondentek. Uvědomovala jsem si, že na psychoterapeutickém poli mohou být respondentky svými kolegy poměrně jednoduše identifikované. Proto jsou jména v tabulce a následné interpretaci dat smyšlená. Z důvodu zachování anonymity u některých terapeutek neuvádím podrobnější údaje o jejich psychoterapeutické práci a držím se na obecné rovině. Ze stejného důvodu jsem se uchýlila pouze ke krátkému představení respondentek a vyhnula jsem se analýze formou případových studií. S výše uvedeným se objevují rizika související s obtížněji zachytitelným porozuměním jejich zkušenosti čtenáři. Tomuto jsem se snažila vyhnout podrobnou analýzou vynořených témat.

V průběhu dvou rozhovorů bylo přítomno dítě terapeutek. Přítomnost dětí vedla k občasnému zastavení rozhovoru, a to z důvodu jejich zabavení respondentkami. Uvědomuji si možné riziko roztržité pozornosti, menší koncentrace a sebereflexe terapeutek, zároveň z důvodu výzkumného souboru týkajícího se žen na mateřské dovolené, jsem na hlídání dětí netrvala. Během dvou rozhovorů i přes přítomnost dětí byla získána bohatá data. Respondentky dokázaly dobře držet myšlenkovou linku a soustředit se na pokládané otázky.

Před realizací výzkumu jsem si byla vědoma rizika souvisejícího s možným nedostatečně otevřeným sdílením terapeutek a popíráním vlivu těhotenství na psychoterapeutický proces, což by mi bránilo hlubšímu porozumění zkoumanému fenoménu (srov. Zackson, 2012). Pro snížení rizika jsem se snažila k respondentkám

přístupovat s respektem a pokusila jsem se jim zajistit pocit bezpečí. Zároveň jsem předpokládala, že časový odstup od zkoumané zkušenosti může vést k větší otevřenosti mluvit o této zkušenosti a mohl by vytvořit prostor, kdy nad tématem mohly přemýšlet. U jedné respondentky (Alice) byl časový odstup nižší. Respondentka byla těhotná a od ukončení psychoterapeutické práce to byly přibližně dva měsíce. Do výzkumu jsem ji zařadila z toho důvodu, že splňovala zvolená kritéria, avšak byla jsem si vědoma rizik, které zařazení mohlo přinést. Během analýzy se ukázala větší citlivost této respondentky k samotnému tématu těhotenství. V průběhu rozhovoru se u ní objevily slzy dojetí, které si vysvětlovala hormony. S touto respondentkou jsem si v průběhu rozhovoru ověřovala, zda je v pořádku v jeho realizaci pokračovat. S pokračováním rozhovoru souhlasila.

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na základě analýzy dat jsem identifikovala sedm nadřazených témat: „oznámení terapeutek o těhotenství klientům“, „reakce klientů“, „podpora terapeutek“, „změny na straně terapeutek“, „změny v terapeutickém procesu“, „změny vztahu s klienty“ a „ukončení nebo přerušování psychoterapií“. U většiny témat jsem stanovila podřazená témata, která jsou uvedena v tabulce 2. Za každým tématem je uveden počet zastoupení mezi terapeutkami. Pro lepší přehlednost jsou na začátku většiny kapitol uvedeny samostatné tabulky upřesňující zastoupení podrobnějších témat mezi respondentkami.

Tabulka 2 Souhrn témat

<b>Oznámení terapeutek o těhotenství klientům (5)</b>	<i>„...řešila, ... jak to do toho terapeutického procesu vnést.“ (Iva)</i>
<b>Reakce klientů</b>	
Pocity klientů související s oznámením (5)	<i>„...tak to vlastně přijala úplně jako v klidu...“ (Iva)</i>
Rozdílná reakce mužů a žen (3)	<i>„...určitě tam rozdíly jsou nebo musej být...“ (Petra)</i>
Pečování o terapeutku (3)	<i>„...pečovali o mě – neotevřeme okno? Nepotřebujete vzduch?“ (Magda)</i>
Snaha ochránit terapeutku (2)	<i>„..., aby vás to nezatížilo ty témata a takový ošklivý věci.“ (Olga)</i>
Dotazy směrem k terapeutce (4)	<i>„...příjemně mi v tom třeba bylo říct něco takhle jako o sobě, jo.“ (Alice)</i>
Dárky klientů (3)	<i>„Já jsem ten dárek rovnou jako přijala.“ (Petra)</i>
<b>Podpora terapeutek</b>	
Supervize (5)	<i>„To (pozn.: supervize) fungovala úplně stejně jako do té doby.“ (Olga)</i>
Kolegiální podpora (2)	<i>„Kolegyně třeba byla úplně super taková jako fakt chápavá.“ (Alice)</i>
Další podpora (4)	<i>„Že je to vlastně poměrně fyzicky komfortní práce.“ (Iva)</i>
<b>Změny na straně terapeutek (3)</b>	<i>„Takže možná jsem se, víc sebevědomí jsem měla.“ (Petra)</i>
Intenzivnější prožívání (2)	<i>„...momenty, kdy jsem měla tak jako by slzy víc na krajičku...“ (Alice)</i>
<b>Změny v terapeutickém procesu</b>	
Změny procesu vlivem nastavení terapeutek (2)	<i>„...jsem nechávala ty klienty víc mluvit.“ (Olga)</i>
Pohyby dítěte v břiše a hlazení břicha (3)	<i>„..., že jsem tam nechtěla sedět a hladit si celou hodinu bříško.“ (Magda)</i>
Vliv nevolností na terapeutický proces (2)	<i>„Když je vám blbě, tak se člověk spíš jako soustředí na tohle...“ (Petra)</i>
Změna tempa psychoterapie (1)	<i>„Že si teďka z té terapie musí odnýst nejvíc, co dokážou...“ (Olga)</i>
Nižší tlak na řešení (1)	<i>„Naráz to nebyl takovej tlak, že to musím vyřešit...“ (Olga)</i>
Nová témata u klientů (1)	<i>„...začali o tom (pozn.: proč nemají děti) mluvit, jo, že.“ (Petra)</i>
Témata, která byla obtížná (2)	<i>„Už se mi třeba hůř pracovalo se sexuálním násilím...“ (Olga)</i>
Ochrana terapeutek (3)	<i>„...jsem mohla nejt do některej emocích, do těch fakt těžkej...“ (Magda)</i>
<b>Změny vztahu s klienty (4)</b>	<i>„...lidmi, se kterými jsem to sdílela ... tak vnímám asi přiblížení...“ (Iva)</i>
<b>Ukončování nebo přerušování psychoterapií</b>	
Nejistota v budoucnosti (2)	<i>„...vnášet do tý terapie pro ně nějakou nejistotu, jak to bude dál...“ (Iva)</i>
Umělé přerušování psychoterapie (2)	<i>„Musela jsem některý klienty předat a nelíbilo se mi to.“ (Olga)</i>
Způsob ukončování (4)	<i>„..., abych tam nezůstala v nějakých pochybnostech...“ (Magda)</i>
Nabídka svého kontaktu klientovi (3)	<i>„...aby to nebylo takové, že, jo jako když člověk zemře...“ (Alice)</i>
Úplný konec psychoterapeutické práce (2)	<i>„...to pro mě byl poprvé ten zážitek toho fakt konce v té práci.“ (Magda)</i>

## 8.1 Oznámení terapeutek o těhotenství klientům

Všechny terapeutky sdílely s klienty informaci o těhotenství, plánovaný termín odchodu na mateřskou dovolenou a tři terapeutky mluvily také o předpokládaném návratu do práce (Olga, Petra a Iva). Oznamování těhotenství klientům bylo pro terapeutky **novou zkušeností**, ke které každá přistupovala s jistou odlišností. Magdě a Ivě se v souvislosti s oznamováním jejich těhotenství otevřely otázky, se kterými se obracely na **supervizi**. U Magdy se jednalo především o oblasti „*jak to říct, kdy to říct, jak moc do toho chci zabředávat, jak moc chci o tom říkat.*“ Iva přemýšlela nad tím, jak těhotenství vnést do terapeutického procesu.

*„...spíš jsem jakoby řešila, ... jak to do toho terapeutickýho procesu vnést. Protože je to takový jako z mosta do prosta, když to úplně není tématem, tak jak to jako začít tematizovat.“* (Iva)

Magda vnímala jako důležité, aby si způsob oznámení „*uspořádala v sobě a v hlavě.*“ Své těhotenství oznamovala „*plošně*“, poté, co došla k rozhodnutí, že se jedná „*o věc veřejnou.*“ Ve stejnou dobu těhotenství oznámila jak zaměstnavateli, tak klientům. Jako důležitý jí připadal fakt, že je to „*fěr říkat to všem.*“ Domnívala se, že tak ukazuje klientům „*autentickou a upřímnou cestu.*“ Oznámení o svém těhotenství sdělovala tedy všem klientům v podobnou dobu a informaci o těhotenství umístila na **začátek konzultací** – pro případ, že by se těhotenství stalo tématem pro klienta, tak aby měli dostatek času na jeho zpracování.

Jinak to měla Iva, která se rozhodla neoznamovat informaci o svém těhotenství v jednom termínu, ale v **delším časovém období**. Na načasování oznámení měla vliv supervize, její pocit a praktické hledisko – chtěla sdělit informaci dříve, než na ní bude těhotenství vidět. Způsob oznámení volila stejně jako Petra na základě **individuálních potřeb** každého klienta. Obě dvě někdy informaci sdílely na začátku konzultace, jindy na jejím konci.

Petra se o době oznámení klientům rozhodla na základě jejího instinktu a nálady klienta, se kterou do psychoterapie přišel. Vliv na sdílení Petry měla také její **viditelnost těhotenství** a nevolnosti. Z tohoto důvodu se rozhodla klientům o těhotenství říct v prvním trimestru.

*„Že někdy třeba, když už odcházeli, tak jsem to řekla až, že už to bylo vidět, že jo. Že když už se potom zvednete, tak je to vidět. A měla jsem ty tendence si na to břicho furt sahat v tom těhotenství,*

*jo. Tak tam vznikl ten prostor, že když jsem se nachytala, že si na to sahám, tak jsem to vlastně potom oznámila.“ (Petra)*

Všechny ostatní terapeutky s oznámením klientům počkaly do doby po prvním trimestru, které některé z nich vnímaly jako rizikovější (Magda, Alice).

Alice nad načasováním oznámení příliš nepřemýšlela. Bylo pro ni důležité sdělit klientům informaci **v předstihu**.

*„Nemám pocit, že jsem nad tím nějak víc přemýšlela, prostě jsem to brala tak, že jakoby tak přirozeně, že je potřeba jim to sdělit, a protože ten čas se nějakým způsobem krátil. A tak jsem to tak udělala.“ (Alice).*

Olga měla specifickou situaci tím, že byla šest týdnů v pracovní neschopnosti kvůli rizikovému těhotenství. V době nemocenské se rozloučila s některými z klientů, kteří v té době nechtěli čekat na její návrat a našli si jiného terapeuta. Jim dala informaci o těhotenství vědět v esemesce po návratu do práce s doporučením pokračovat u terapeuta, u kterého začali spolupracovat. Ostatní klienti se o jejím těhotenství dozvěděli po návratu z nemocenské. Klientům oznamovala možnost, že se jí mohou **komplikace vrátit**.

*„...ted'ka to vypadá, že už všechno půjde dobře, že je to dobrý. Ale že jim to nemůžu zaručit. Že samozřejmě to těhotenství je nějak nevyzpytatelný, tak ať si sami rozhodnou, jestli chtějí pokračovat i s tím rizikem, že ze dne na den zase půjdu na nemocenskou.“ (Olga)*

Případnou **nejistotu související s těhotenstvím** a možnými komplikacemi řešila na své supervizi také Iva. Nevěděla, jestli klientům říct informaci o těhotenství hned poté, co těhotenství sama zjistila, a to s ohledem na možné rizikové těhotenství. Se supervizorem se domluvila, že není potřeba klienty příliš brzo připravovat na případné rizikové těhotenství, protože nejistota existuje v psychoterapii vždy a terapeutovi se může stát cokoliv.

*„..., že náhodně se prostě může stát jako cokoliv, tak jak terapeut vyjde a přeje ho auto. Jako tak vlastně řešit to moc brzo a připravovat ty klienty na to vlastně nějak jako strašně brzo není úplně nutný.“ (Iva)*

Pro případ rizikového těhotenství si v supervizi ošetřila možné strategie řešení, například online uzavírající konzultaci. Žádnou z nich ale nemusela využít.

Jediná Iva zmiňovala, že části klientů o **svém těhotenství neříkala**. Před oznámením klientům o těhotenství si určila, pro koho je to důležitá informace – pro klienty, kteří by dále pokračovali v psychoterapii a pro klienty, pro které to bylo téma samo o sobě (například pro klientku, která se snažila o umělé otěhotnění). Ostatním klientům, se kterými spolupráce do

konce jejího těhotenství směřovala ke konci, se rozhodla o těhotenství neříkat. Domnívá se, že někteří z klientů si těhotenství mohli všimnout, ale sami ho do psychoterapie nevniesli.

## 8.2 Reakce klientů

Všechny respondentky mluvily o reakci klientů na jejich těhotenství. Některé popisovaly více aspektů, jiné méně. V následující kapitole se podíváme na pocity, které terapeutky u klientů zaznamenaly, na rozdílné reakce mužů a žen, péči a ochranu terapeutek ze strany klientů a na otázky a dárky klientů.

Tabulka 3 Reakce klientů

Reakce klientů	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Pozitivní reakce klientů	•	•	•	•	•
Obavy klientů	•	•			•
Lítost klientů	•			•	
Naštvaní klientů				•	
Reakce žen	•			•	•
Reakce mužů					•
Péče o terapeutku	•		•	•	
Snaha ochránit terapeutku			•	•	
Otázky klientů	•		•	•	•
Dárky klientů	•		•		•

### 8.2.1 Pocity klientů související s oznámením

Všechny terapeutky popisovaly reakci klientů jako **klidnou a přejícnou**. Pro Alici byly pozitivní a přejícné zpětné vazby od klientů příjemné a vysvětlovala si je v souvislosti s dobrým vztahem s klienty.

*„...mně to přišlo, že je to takový jakoby dobrý signál o tom vztahu s tím klientem. Že je to fakt vztah, že to není jen o tom, že jo on tam přijde, něco si z toho vezme, jo, ale že je tam nějaká ta vztahová rovina, která prostě funguje.“ (Alice)*

Magda a Iva měly před oznámením **hypotézu, že by někteří klienti mohli být rozrušení** nebo neprojevit nadšení z jejich těhotenství. To se nestalo u žádného z klientů, ani u klientky, která se snažila dlouho dobu otěhotnět a u které to Iva předpokládala. Pro Ivu byla její přijímající reakce překvapivá.

*„...tak to vlastně přijala úplně jako v klidu. A když jsme se to k tomu vracely v průběhu té terapie, tak říkala, že jí to nějak jako, že nějak necejtí, že by se tím jako mezi náma jako něco změnilo, v tom vztahu právě.“ (Iva)*

Můžeme si všimnout, že Iva měla tendenci se k tématu těhotenství s touto klientkou vracet. Podobně to měla Magda, která se klientů na jejich pocity více doptávala. Předpokládala, že někdo z nich mohl rozrušení nebo naštvání schovávat.

*„...bylo pár klientů, kde jsem to i tematizovala, jestli, že jsem se s tím úplně nespokojila s tou odpovědí jako jejich, že to je jako hezký nebo tak. ... A že jim to může být třeba líto nebo nějak jsem se víc doptávala, jestli to nese třeba jiný pocity, který jsou víc jejich...“ (Magda)*

Petra, Iva a Alice zaznamenaly u svých klientů **obavy** z toho, jak budou situaci bez terapeutky zvládat. U Petry a Ivy se jednalo o přerušování psychoterapie na cca tři až šest měsíců. Alice spolupráci s klienty ukončovala. Alice si všimla obav u klientů po oznámení, kdežto Petra je zaznamenala cca dva měsíce před přerušením psychoterapie. Strach se dle nich objevil u klientů, kteří vnímali, že psychoterapii potřebují a nebyli si jistí, jak pauzu zvládnou. Žádný z nich však nechtěl přecházet k jinému terapeutovi. Petra rozuměla obavám klientům v souvislosti se vztahovou vazbou směrem k ní.

*„Takže tydle ty obavy měli klienti, kteří ve svém v životě nedokázali, měli tam prostě attachment, nebyli prostě, viděli mě spíš jako tu mámu nebo toho rodiče a báli se vlastně jakoby dejme tomu do té školky jakoby odejít, jo do toho života a zkusit to vlastně. Nevěřili si.“ (Petra)*

Naopak obavy se podle Petry neobjevily u klientů „neurotiků“, kteří si dokázali představit být nějakou dobu bez psychoterapie.

Klienti Olgy a Alice vyjadřovali **lítost** nad jejich odchodem. Alici přišla reakce klientů adekvátní, i ona směrem k ukončení spolupráce vnímala lítost. Olga se dívala na situaci jinak – nebrala pocity klientů vážně.

*„Pak na konci, když jsme se fakt loučili, tak třeba naposled říkali, že jim to je fakt líto, že takovou klidnou, hodnou terapeutku a tak dál jako, těžko budou hledat a takový řeči. Moc jsem je nebrala vážně. Takových hodných terapeutů je určitě celá řada.“ (Olga)*

Jako jediná popisovala Olga **smutek** klientů z konce psychoterapeutické podpory a jejich **naštvaní**.

*„Cítila jsem, že jsou na mě jako naštvání, ale nebrala jsem si to osobně, protože to je způsobený tou cílovou skupinou, se kterou jsem pracovala. Jsou citlivý na tu blízkost, ti oběti násilí...“ (Olga)*

Na výroku Olgy si můžeme všimnout, že naštvání klientů dává do souvislosti s cílovou skupinou. Naštvaní se dle Olgy neobjevilo ve formě křiku, ale odtažitě komunikace. Je otázkou, jestli odtažitá komunikace klientů nemohla vedle naštvání nést

i jiné pocity klientů. V jiné části rozhovoru například Olga mluví o klientce, která v minulosti zažila opuštění a Olžiným odchodem se **cítla zraněná**.

### 8.2.2 Rozdílná reakce mužů a žen

Jako jediná se Petra zamýšlela nad tím, jaké jsou rozdíly mezi reakcí klientů a klientek.

*„Ale myslím si, že určitě tam rozdíly jsou nebo musej být, protože jsou v normálním životě nebo mimo práci.“ (Petra)*

Alice i Olga si všimly, že klientky, které už byly matkami měly tendenci sdílet něco z jejich mateřství. Pro Olgu to byl dobrý způsob, jak proběhl úvodní neformální rozhovor.

*„Jakože otýkaj nohy a špatně se spí. Takový věci jsme spolu sdíleli a často jsem to sdílela s maminkama. Takže ty mi přesně řekly: 'No to já jsem měla taky.' A small talk byl hezky za náma.“ (Olga)*

Jediná Petra po dlouhém přemýšlení dospěla k závěru, že klienti na sdělení o jejím těhotenství reagovali ochrannou tendencí a úsměvem. Vysvětluje si to energií, kterou vyzařovala.

*„Protože oni (pozn.: klienti) se usmějou, oni prostě, ta energie, kterou vyzařuje ta těhotná žena, asi teda v jakým je v rozpoložení taky záleží. Tak ty muži maj tendenci, takže u jako člověka muže, který je empatický a má v sobě tendenci se starat prostě o někoho, tak to prostě vyvolá ještě víc to ochránářský.“ (Petra)*

Jeden klient na její těhotenství reagoval konstatováním, že *„už vás asi na to kafe nepozvu.“*

Jediná Alice zmiňovala, že **děti** dle ní na zprávu o jejím těhotenství nereagovaly.

### 8.2.3 Pečování o terapeutku

Magda a Olga měly zkušenost, že na základě těhotenství na ně byli všichni hodnější a brali jejich těhotenství na zřetel. Magda si všimla, že především dlouhodobější klienti měli tendenci o ní pečovat.

*„..., že byli prostě někteří ti klienti, kde už prostě ta práce, byli takový navázaný, kteří možná, a tohle bylo asi tím jiný, se víc jako, v tom smyslu pečovali o mě – neotevřeme okno? Nepotřebujete vzduch? Nebo já nevím, nepotřebujete něco?“ (Magda)*



Tyto situace vnímala jako adekvátní a pro ni bezpečné. Podobně také Alice vnímala především ke konci spolupráce větší tendenci klientů ji „*opečovávat*.“ Klienti se jí například ptali, jak se má nebo jí přáli, ať je miminko zdravé.

#### 8.2.4 Snaha ochránit terapeutku

Tendence klientů k ochraně terapeutky před těžkými tématy si všimla Magda a Olga. Magda si u jedné klientky všimla rysu vyhýbat se těžkým tématům již před jejím otěhotněním. Těhotenství se pro ni mohlo stát omluvou pro nesdílení některých věcí, které by Magdě „*mohly udělat nějak špatně*.“ Zároveň Magda přemýšlela nad tím, že se nemuselo jednat pouze o její ochranu, ale i nechuť klientů otevírat témata před ukončením spolupráce. Podobně to viděla také Olga.

#### 8.2.5 Dotazy směrem k terapeutce

Všechny terapeutky kromě Ivy zmiňovaly otázky od klientů směrem k nim a k jejich těhotenství. Žádná z nich se nesečkala s otázkou, která by jí byla nepříjemná. Magda se dopředu na dotazy ze strany klientů připravila v supervizi. Ujasnila si, že s některými klienty nebude mít problém sdílet informace, ale s jinými by jí bylo nepříjemné o těhotenství mluvit.

*„... jsem tušila, že budou klienti, kteří když by se mě na to ptali, tak by mi to bylo jako nepříjemný na to odpovídat. Ale to myslím tak nějak ladilo s tou mojí hypotézou, že ti se na to pravděpodobně ptát nebudou.“* (Magda)

Magda nechtěla informace o svém těhotenství sdílet s klienty, se kterými měla náročný vztah s ohledem na jejich **osobnostní patologii**. Domnívala se, že by její sdílení bylo i pro tyto klienty nepříjemné. Zároveň se **obávala zneužití** informací.

*„Ale pro mě to bylo, možná takovej pocit, že to bude zneužitelný, nebo že to bude, právě jak byli i takový odtržení od sebe takový odosobněný, tak pro mě to byli vlastně ve vztahu s těmidle klienty hrozně citlivý věci...“* (Magda)

Můžeme si všimnout, že pro Magdu je ve sdílení informací rozhodující vztah klientů k sobě. Magda neměla obtíže sdílet informace s většinou ostatních klientů, kteří byli otevření k sobě a k terapeutce. Svoji roli hrála také dlouhodobost spolupráce a pocit bezpečí terapeutky. Magda popisovala spolupráci s dlouhodobým klientem, se kterým se **nejednalo o první osobní věc**, kterou za sebe sdílela. Byla to ale první situace, kdy se klient sám od sebe terapeutky na něco zeptal. Podobnou zkušenost měla i Alice – nebylo to poprvé, co sdílela něco ze svého života. Těhotenství dle ní přirozeně vybízí klienty například k otázkám

na jméno nebo pohlaví dítěte. To, jestli informace sdílela, rozhodovala podle toho, jestli se jí klienti ptali. Alice se v odpovědích klientům cítila přirozeně a příjemně.

*„A mě je zase takové, mě vždycky bylo jakoby proti srsti se tak nějak vykrucovat z toho, že jako neodpovídat jako, já jsem se snažila vždycky jako a nebylo mi v tom nějak zle, úplně přirozeně a příjemně mi v tom třeba bylo říct něco takhle jako o sobě, jo.“ (Alice)*

Jinak to měla Petra, pro kterou z počátku byly **otázky klientů nepříjemné**, protože si nebyla jistá, zda je v pořádku v psychoterapii mluvit o sobě. Vysvětlovala si to svojí nejistotou na začátku psychoterapeutické praxe, kterou vyřešila tím, že se stala „*sama sebou*.“

*„...myslela jsem si, že dělám něco hrozného. Ale pak jsem si říkala, co může být víc přirozeného než prostě těhotenství. Jo prostě byla jsem těhotná, bylo to vidět, lidi se ptali, tak jsem odpověděla, upřímně.“ (Petra)*

Petra otázky klientů chápala jako přirozenost člověka, který má empatii a zajímá se o vztahy kolem sebe. Proto nezjišťovala, z jakého důvodu se jí na otázky klienti ptají. Domnívá se, že klienti chtějí mít o terapeutech nějaké informace, ale ne vždy se zeptají.

*„...tady mi to trošku otevřelo oči v tom, že ty klienti chtějí trošku o nás vědět, oni to akorát ne vždycky řeknou, přitom, když to takhle máte viditelný, tak to bylo otázek, to bylo otázek.“ (Petra)*

Alice a Petra se popisovaly jako sdílné a v psychoterapii se snažily dávat si pozor na to, kolik informací říkají. Snažily se nebýt směrem ke klientům „**zahlcující**.“ Jinak přistupovala k otázkám Olga, která s klienty sdílela pouze informace, které nevnímala jako **osobní** a na kterých jí nezáleželo.

*„Já jsem se zase schovala za nějakou svou obranu, takže to byly takový povrchní věci. Říkám: 'No, břicho roste, dcera kope.' 'To víte, už občas funím do schodů.' Takovej typickej small talk. Takže jsem si našla něco, co mi bylo úplně jedno, že to sdílím, protože jsou to věci, který trápí většinu těhotných.“ (Olga)*

Otázky klientů vnímala jako výhodu v terapeutickém procesu, protože se staly součástí „*small talku*“ na začátku psychoterapie.

## 8.2.6 Dárky klientů

Magda, Alice a Petra popisovaly situace, kdy jim klienti přinesli dárek. Všechny se s dárkem setkaly na posledním sezení, a kromě drobných výjimek se jednalo o dárky pro miminko.

„Že by to pro mě bylo asi hodně jiný, kdyby ty dárky přišly třeba víc v průběhu té terapie nebo kdyby ty dárky byly víc pro mě nejenom pro miminko. Tak bych asi o nich víc přemýšlela v tom kontextu, co se to děje mezi náma a co ty dárky znamenaj nebo neznamenj.“ (Magda)

Na výroku Magdy si můžeme všimnout, že by dárky řešila v případě, kdyby přišly v jiném kontextu. Z důvodu, že se s nimi setkala na konci spolupráce a jednalo se o dárky pro miminko, tak je v terapeutickém procesu netématizovala. Ani Alice nebo Petra téma dárků v psychoterapii neotevíraly. **První dárek** vyvolal u Petry i Magdy překvapení.

„Takhle v tu chvíli, když se ten první dárek vytáh, tak tam jsem prostě nebyla připravená. Tak tam jsem prostě cejtla ten nával, jo, že něco hroznýho se děje. Ale nějakým způsobem jsem, já jsem to nedala najevo. Já jsem ten dárek rovnou jako přijala.“ (Petra)

Petra s přijetím dárků na začátku bojovala, protože měla naučené, že dárky se nepřijímají a přijetí dárků u ní vyvolalo **strach**, který zůstal i po konzultaci. Přijímání dárků se jí podařilo poměrně rychle zpracovat. Přemýšlela nad tím, že ke změně „jako proč to řeším“, možná přispělo těhotenství a touha po přirozenosti. Pomohlo jí také uvědomění, že se jedná o jinou situaci, než kdyby jí klienti nosili dárky každý týden a uvažovala i nad tím, že vliv mohla mít její delší psychoterapeutická praxe.

Alice se setkala s **hodnotnějším dárkem** od klientky, která sama žila skromně a byla sociálně slabší. Vyvolalo to u ní pocity dojetí a vnitřního boje v tom, že si klientka sama pro sebe nic nedopřeje, ale jí ano. Alici vedl dárek k pocitu, že by ho měla klientce nějak oplatit.

„Na jednu stranu strašně krásné, ale na druhou stranu takové jako i tíživé, že mi to bylo líto...“ (Alice)

Dárku rozuměla jako vděk klientky za spolupráci s neziskovou organizací, ve které našla bezpečné a důvěrné prostředí.

### 8.3 Podpora terapeutek

V rozhovorech jsem identifikovala několik podpůrných prvků pro terapeutky. Jednalo se o supervize, kolegiální podporu, vlastní psychoterapii a péči o své potřeby během práce.

Tabulka 4 Podpora terapeutek

Podpora terapeutek	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Supervize	•	•	•	•	•
Kolegiální podpora	•			•	
Vlastní psychoterapie			•		
Péče o své potřeby	•	•		•	

### 8.3.1 Supervize

Všechny respondentky měly v průběhu těhotenství supervizi. Alice nevnímala, že by supervize v těhotenství byla jiná. Podobně Olga měla dojem, že supervize fungovala stejně jako do té doby. Všimla si však, že ona sama přinášela jiná témata – především uzavírání psychoterapií a nastavování nových cílů spolupráce.

*„To (pozn.: supervize) fungovala úplně stejně jako do té doby. Jenom jsem přinášela trochu jiná témata, protože běžně neukončujete dvacet lidí na jednou.“ (Olga)*

Podobně i Magda využívala supervizi při ukončování s klienty a také při rozhodování o oznámení těhotenství klientům. Magda začala v supervizi **reflektovat více sebe** – přemýšlela například nad tím, jak ona vstoupí do kontaktu s klientem nebo jak se v kontaktu bude cítit.

Iva o podpoře supervize mluvila v průběhu celého rozhovoru. Po zjištění těhotenství na supervizi otevírala témata – jestli má informaci o těhotenství preventivně oznámit všem klientům, jak a kdy informaci sdělit klientům, jestli je v pořádku nabízet klientům svůj návrat nebo je předávat jiným kolegům a také řešila způsob uzavírání psychoterapií. Často v supervizi řešila oznámení těhotenství klientce, která chtěla dlouhou dobu otěhotnět.

*„Vlastně mě, já jsem to hodně jako řešila na supervizi a uvědomuji si, že mě vlastně pak až překvapilo, že jsem to jako vlastně řešila víc než ona, o mnoho víc, v té supervizi.“ (Iva)*

Z úryvku si můžeme všimnout, že se Iva připravovala v supervizi na **situaci, která nenastala**. Podobnou zkušenost měla Iva i s dalšími tématy – například zvažování možného rizikového těhotenství nebo naštvání klientů na její odchod. Jinou funkci měla supervize pro Petru, která ji využívala jako způsob **potvrzení správnosti** svého jednání.

*„A když by nastala nějaká turbulence nebo něco vyvstalo, tak jsem to vzala na tu supervizi, kde mi to vlastně bylo potvrzeno, že je to takhle ok, že je to v pořádku.“ (Petra)*

### 8.3.2 Kolegiální podpora

Alice a Olga oceňovaly kolegiální podporu. Alice měla kolegyni, která byla chápavá a podporovala jí v odpočinku. Vstřícný krok vnímala také od ředitelky neziskové organizace, která jí umožnila během čtvrtého měsíce některé dny pracovat z domova. Také Olga vnímala velkorysost v týmu, která se projevovala tím, že jí kolegové vycházeli vstříc. Například převzali některé klienty v průběhu jejího těhotenství a celkově odebírali její práci.

### 8.3.3 Další podpora

Magda řešila věci související s těhotenstvím také ve své **vlastní psychoterapii**. Bylo pro ni užitečné, když jí terapeutka sdělila, že je přirozené se některým věcem více uzavřít a nepustit si je k sobě.

*„Řešila jsem tam (pozn. v psychoterapii) to těhotenství a ty věci, co s tím souvisely. A pamatuji si, že i ta moje terapeutka mi potom říkala, že je přirozený, že v tom těhotenství nějak se více uzavřu některým věcem, že je k sobě nepustím úplně všechno...“ (Magda)*

Vedle vlastní psychoterapie Magda oceňovala **absenci obtíží** v těhotenství. Iva měla na začátku těhotenství dopolední nevolnosti. Na psychoterapeutické práci v soukromé praxi oceňovala, že si mohla **přizpůsobovat množství práce a časy** psychoterapií podle svého fyzického stavu. Také vnímala psychoterapeutickou práci ve srovnání s krizovou intervencí v terénu jako pohodlnou a komfortní. Především v možnosti uvařit si čaj, dát si vodu, zajít si na záchod a také v pocitu bezpečí.

*„Člověk je jako ve své místnosti, ve svém křesle, má tam vlastně jako nějaký svoje příjemný prostředí, ve kterém pracuje, ve kterém mu je dobře, nikam se nemusí honit, nikam nemusí řídit. Že je to vlastně poměrně fyzicky komfortní práce.“ (Iva)*

Jinou situaci měla Alice, která pracovala v neziskové organizaci a neměla možnost flexibility práce. Své potřeby se tak snažila **naplňovat během práce**, například, tím že si lehla na gauč nebo relaxovala ve svém křesle. Vyhovovalo by jí, kdyby mohla odejít z práce dříve, když neměla objednané klienty.

*„Že ty potřeby toho těla si můžete naplňovat v rámci té pracovní doby nějak a v rámci těch možností, které tam máte. Jako díky bohu za ten gauč, jako fakt, možná je blbé to říct, ale jako někdy to bylo takové, že jsem si fakt musela prostě lehnout.“ (Alice)*

Ve čtvrtém měsíci se jí podařilo domluvit **práci z domu**, což vnímala jako příjemnější a pohodovější díky tomu, že měla svůj režim. Olze byla v neziskové organizaci také umožněna práce z domu a v průběhu těhotenství mohla z práce odejít v případě potřeby dříve. V soukromé praxi se snažila uzpůsobit pracovní podmínky podle svých potřeb. Například zkrátila dobu sezení na 45 minut, což jí umožnilo více se hýbat a vyhýbala se tím nepohodlnému sezení. Snažila se nemít hodně klientů v jeden den, mít pauzu mezi konzultacemi a mít čas na oběd.

## 8.4 Změny na straně terapeutky

Především Petra a Olga popisovaly změny, kterých si u sebe v důsledku těhotenství všimly a které následně vstoupily do terapeutického procesu. V následující části se na změny, které popisovaly podíváme.

Tabulka 5 Změny na straně terapeutky

Změny na straně terapeutky	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Větší zaměření na emoce				•	
Intenzivnější prožívání	•			•	
Vyšší sebedůvěra					•
Větší sebereflexe			•	•	•
Více klidu				•	•

Petra reflektovala, že spíše než vliv těhotenství na terapeutický proces, změnilo těhotenství ji jako člověka. Popisovala, že před těhotenstvím řešila pochyby o tom, jestli je její práce dostatečná. V těhotenství se v psychoterapiích cítila jistěji a neměla obavy z nedostatečnosti své práce. Tato změna se projevila například ve změně postoje k přijímání dárců (viz kap. 8.2.6) nebo odpovídání na osobní dotazy klientům (viz kap. 8.2.5). Vysvětlovala si to tím, že měla větší sílu a měla **přístup sama k sobě**. Díky těhotenství se cítila „*víc dospěle, víc nohama na zemi a víc emočně stabilnější*“. Domnívá se, že pocit větší dospělosti s příchodem dítěte je přirozený biologický proces. Těhotenství jí přineslo více **klidu**, méně výkyvů v jejím osobním životě a méně „*emočních turbulencí*“. Vnímala, že její sebevědomí a pocit větší síly se odrážely v její práci. Například pochybnosti klientů si nevztahovala na sebe.

Vliv na zbavení se Petřiných strachů měl i pocit většího **zázemí**. Prioritou se pro ni stala rodina a uvědomovala si, že její energie by měla jít tímto směrem.

*„Už to (pozn.: její nejistota v práci) nebyl takovej ten strašák, protože teď tady máte vlastně tu rodinu jako na tom záleží, že se máte rádi a budete vychovávat. Jo, vlastně začínalo něco novýho. Takže možná jsem se, víc sebevědomí jsem měla.“* (Petra)

Zdá se, že u Petry nastala **změna priorit**. Do doby jejího otěhotnění pro ni byli klienti prioritou a pracovala by s nimi „*za každou cenu*“.

*„Jo do té doby to bylo prostě tak, že jsem tam byla za každou cenu, pokud bych vlastně neměla čtyřicítky, tak bych do práce šla.“* (Petra)

Díky těhotenství a uvědomění, že už nejde jenom o ní, se vzdálila od svobodné a flexibilní terapeutky, kterou byla předtím. Po otěhotnění si uvědomila, že s klienty nemůže být na „95 %“, tak jak byla zvyklá. Vliv na změnu měl pravděpodobně i fakt, že s dítětem nemůže přesně plánovat, protože „*neví, co se stane.*“

Magda popisovala, že díky těhotenství **reflektovala více sebe**, což se projevilo i v supervizích.

„...*, že mě to těhotenství v ten moment vedlo prostě víc k tomu tam ještě reflektovat fakt sebe jako sebe.*“ (Magda)

#### 8.4.1 Intenzivnější prožívání

Olga vnímala změnu ve svém **osobnostním zaměření**. Chtěla s klienty více prožívat, být s nimi více autentická a propojená **přes emoce**.

„*Nějak jsem cejtla, že to nějak víc potřebuju, že potřebuju víc s nima prožívat, být s nima víc autentická a propojená přes ty emoce.*“ (Olga)

Vysvětlovala si to větším naladěním na sebe, sebepoznáním a větším uvědomováním si svých emocí. Vedlo jí to k většímu uzemnění, klidu a větší pozitivitě. Emoce prožívala intenzivněji než dříve. Svoji emotivitu chtěla přinést také do psychoterapie, což vedlo ke změně jejího způsobu práce (viz kap. 8.5.1). Skrze emotivitu hledala své nové silné stránky – stala se laskavější, soucitnější a přijímající. Nemyslí si, že by si této změny všimli klienti.

„*Takže spíš to bylo o mým jako pocitu, že je to jinak, že mi to jde snáz než o tom, že by to ti lidi reálně vnímali.*“ (Olga)

Vedle Olgy prožívala **intenzivnější emoce** směrem k tématům mateřství a dětí také Alice. A to nejenom v práci, ale i ve svém osobním životě. Vnímala větší citlivost a bylo pro ni obtížnější držet „*emoce pod kontrolou.*“ Vysvětlovala si to vlivem hormonů.

„*Takže když mi třeba nějaké těžší případy, jako těžší emočně, tak možná byly takové momenty, kdy jsem měla tak jako by slzy víc na krajíčku, než možná obvykle by k tomu došlo.*“ (Alice)

Zároveň popisovala, že se emocím v práci vyhnout nejde a v menší míře je zažívala i před těhotenstvím. Vyšší citlivost vnímala jako obohacující, protože jí umožňovala být více **citlivá a empatická**. Intenzivněji prožívala například situaci, kdy klientka, která přišla o syna, četla na sezení terapeutický dopis určený jemu. Dále pak v situaci, kdy jí přišlo, že rodiče 11letého kluka neocenili jeho silné stránky a nedávali mu zájem a pozornost, kterou potřeboval.

*„ ... jsem si uvědomovala, že on je tak prostě zlatý, šikovný, a že vlastně já jsem měla dojem, že ta jeho matka to nevidí. A mně to bylo strašně líto, jakože, já jsem si tak v duchu říkala, že kdybych měla takového syna, tak jsem úplně prostě jako happy. Že, hm, takže toto je, když teď o tom mluvím, tak se mi chce plakat. Že vlastně takové nepochopitelné no.“ (Alice)*

Práce s tématy mateřství pro ni vlivem těhotenství získalo jiný rozměr. Měla dojem, že je dokáže více pochopit.

## 8.5 Změny v terapeutickém procesu

Alice, Petra, Magda a Iva několikrát během rozhovoru zmínily, že se psychoterapie v době jejich těhotenství nelišila od běžné spolupráce s klienty. Popisovaly, že například ukončovaly psychoterapie stejně tak jako jsou běžně zvyklé. I přesto v dalších částech rozhovoru drobné změny popisovaly. Například Iva vnímala, že samotné přinesení **tématu jejího těhotenství** mělo vliv na terapeutický proces.

*„Tudle byla vlastně informace, která jako zasahuje do toho terapeutického procesu, je potřeba ji sdílet a ovlivňuje tím pádem terapeutický vztah. A vlastně to téma, který kdybych jako kdybych nebyla těhotná, tak se jako vlastně neobjeví.“ (Iva)*

I přesto, že si je Iva vědoma zásahu jejího těhotenství do terapeutického procesu, stejně tak jako Magda a Alice, v něm nepopisovala mnoho konkrétních změn. Iva jako velký mezník ve své psychoterapeutické práci **vnímala porod**. Po porodu začala být více citlivá k tématu dětí. Domnívá se, že rodičovství má vliv nejen na terapeutky, ale také na terapeuty. Stejně tak Magda vnímá rozdíl v psychoterapeutickém myšlení po narození dětí.

*„Předtím to miminko je prostě v bříšku a je to prostě jiný. Má ful servis dvacet čtyři hodin denně a tu moji roli tam zas tolik nepotřebuje. Ale ta změna potom porodu ... jako o tom fakt úplně ustoupení ze sebe, od těch svých potřeb...“ (Magda)*

Nejvíce změn v terapeutickém procesu během těhotenství se objevilo v rozhovoru u Petry a Olgy. I z tohoto důvodu je následující část tvořena převážně jejich zkušeností.



Tabulka 6 Změny v terapeutickém procesu

Změny v terapeutickém procesu	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Změna technik				•	
Změna pozornosti				•	•
Větší konfrontace směrem ke klientům					•
Urychlení nebo zpomalení procesu				•	
Nižší tlak na řešení				•	
Vliv nevolností					•
Nová témata					•
Obtížná témata			•	•	
Ochrana terapeutek			•	•	•

### 8.5.1 Změna terapeutického procesu vlivem nastavení terapeutek

Tato kapitola nepřímou navazuje na kapitolu popisující změny na straně terapeutek (viz kap. 8.4). Těhotenství pomohlo Petře zbavit se strachů z nedostatečnosti v její práci. Díky tomu se Petra více **uvolnila v procesu** s klienty a dovolila si klienty více na něco upozornit.

*„...jsem řekla prostě něco, co normálně bych jako neřekla, protože bych se bála té reakce. Protože prostě bych se bála, že to nějak ovlivní. ...byla jsem taková odváznější bych řekla. Byla jsem, byla jsem víc sama sebou, protože tam nebyly ty strachy.“ (Petra)*

Olga popisovala jinou zkušenost. Do práce s **klienty už nedávala tolik**, protože část její kapacity byla zaměřená na břicho a také se snažila se tolik nevyčerpávat. To dělala tak, že v průběhu konzultací si ulevovala tím, že **nechávala klienty více mluvit**. Měla dojem, že je díky tomu „lepší terapeut.“

*„...jsem nechávala ty klienty víc mluvit. A to je vlastně ta druhá rovina, že paradoxně jsem měla pocit, že jsem jako lepší terapeut. Že jsem, takovej ten paradox, prostě, když se nesnažíme a pracujou klienti, tak se to nějak jako víc daří.“ (Olga)*

Vnímala, že když mluvili více klienti, tak přesouvala zodpovědnost na ně a práce se dařila. Pro Olgu bylo v těhotenství přirozené zapojení emocí do psychoterapie. Přišla jí bližší **emotivní část KBT**, což vedlo k tomu, že při práci v těhotenství si vybírala jiné techniky než před otěhotněním. Cítila se v technikách zaměřených na emoce autentická a větší zaměření na emoce jí naplňovalo.

*„...víc jsme šli v tom prostě našem bludným kruhu do emocí, do toho prožívání, do nějakých technik, který byly víc imaginativní ... Že se mě nechtělo do tabulek, nechtělo se mi do seznamů, do expozičních se mi nechtělo a fungovalo to taky.“ (Olga)*

Na výroku Olgy si můžeme všimnout, že i přes výběr jiných technik nezpozorovala změnu v terapeutickém efektu.

### 8.5.2 Pohyby dítěte v břiše a hlazení břicha

Olga popisovala změnu pozornosti vlivem pohybů dítěte v břiše, což přímo zasahovalo do terapeutického procesu.

*„Když jsem měla takový to pěkný terapeutický flow a naráz se mě dcera obrátila v břiše až se mě pomalu zvedl žaludek. Takže jako to jsem, vím, že jsem v některých chvílích musela klientku jako přerušit a říkám: 'Omlouvám se, mě se prostě hnulo dítě a potřebuju chvíličku se nadechnout.'“*  
(Olga)

Jinou zkušenost měla Iva, která v rozhovoru také popisovala, že ve vyšším těhotenství cítila pohyby dítěte. Neměla však pocit, že by jí odváděly pozornost – pohybů si všimla, ale *„bez problémů se vracela ke klientovi.“*

V jiné části rozhovoru Olga **oceňovala pohyby dítěte**, protože jí pomáhaly vracet se ke svému tělu, zastavovat se a hodnotit, jak se cítí a kudy směřuje spolupráce s klientem. Pomáhalo jí to se držet toho, co klient *„opravdu chce probírat.“* Díky tomu vnímala práci s klienty jako efektivnější. Tuto reflexi by si Olga chtěla podržet i dále.

Petra si také uvědomovala, že do terapeutického procesu vstupovala její **neverbální komunikace**. Například situace, kdy si dala ruku na břicho a klient si toho všiml. Uvědomuje si, že nějaká změna v procesu nastala, ale říká: *„Nevíme, co to třeba vyvolá v něm.“* Magda nepopisovala přímé změny vlivem jejího **hlazení břicha**, ale uvědomovala si, že se snažila během psychoterapií si nehladit břicho příliš často.

*„..., že jsem to (pozn.: hlazení břicha) nedělala často, že jsem tam nechtěla sedět a hladit si celou hodinu to břicho, ale být tam s tím klientem, mu naslouchat a být tam.“* (Magda)

### 8.5.3 Vliv nevolností na terapeutický proces

V jiné části rozhovoru Olga zmiňovala, že díky těhotenství mohla **poznat i svoje slabiny**, ve smyslu, že *„ne všechno zvládne, že je daleko citlivější na některé věci.“* Neměla například dobrý pocit z konzultací, které odvedla v únavě. Petra uvažovala, jestli její **nevolnosti** v prvních čtyřech měsících mohly mít vliv na terapeutický proces. Vnímala, že vlivem nevolností neměla přístup k emocím.

*„..., ale jestli to mělo nějaký vliv na moje otázky, moje vnímání, moji vlastně schopnost naslouchat? Je to asi docela možný, no. Když je vám blbě, tak se člověk spíš jako soustředí na tohle, že jo.“ (Petra)*

Petra by si zpětně přála nechodit v době jejích nevolností do práce. V průběhu rozhovoru zmiňuje, že náhlé přerušování by způsobilo **nejistotu** a bylo by to pro klienty horší, než když pracovala při nevolnostech.

*„... tak bych samozřejmě preferovala, aby sem nepracovala, ale zároveň si myslím, že to by ovlivnilo, hodně. Víc než to, že mě nebylo dobře. Protože jak říkám, já jsem zvyklá na ty, na ty jakoby chronický bolesti.“ (Petra)*

Jinak se na situaci dívá Alice, která se domnívá, že by terapeutky měly v průběhu těhotenství vnímat svoje pocity, nechávat se jimi vést a snažit se „*být v pohodě*.“ Domnívá se, že není dobré pracovat za každou cenu.

*„Protože nemyslím si, že by bylo dobré jakoby nějakým prostě na pokraji sil prostě teďka jakoby běhat do té práce jakoby za každou cenu, pomáhat těm klientům, nepustit je, nenechat je prostě a ta potřeba sebe nebo toho miminka, nebo že člověk bude v nepohodě, to si myslím, že by to nebylo dobré pro nikoho, ani pro ty klienty v důsledku.“ (Alice)*

#### 8.5.4 Změna tempa psychoterapie

Olga si všimla, že zpráva o ukončení psychoterapie z důvodu jejího těhotenství vedla buď k **urychlení terapeutického procesu** nebo naopak k jeho **pozastavení**.

*„Některý věci to urychlilo, že klienti se báli, že to vlastně, že přijdou o tu možnost jako jít do těch třeba těžších věcí. Pro některý to byla naopak výmluva – tak teď už to teda s Váma začínat nebudu, protože co když to nestihneme dopracovat.“ (Olga)*

Zastavení klientů v práci na sobě někdy dle Olgy souviselo i s tím, že klienti s ní nechtěli sdílet těžké zážitky kvůli jejímu těhotenství (viz kap. 8.2.4) nebo kvůli tomu, že jim brzy skončí její podpora. S takovými klienty se věnovala okrajovým věcem. Na druhé straně se domnívá, že k urychlení práce došlo díky tomu, že klienti s blížícím se termínem jejího odchodu museli **vzít zodpovědnost** na sebe.

*„Že už nebudou mít podporu té terapeutky, tak se musí snažit. Že si teďka z té terapie musí odnýt nejvíc, co dokážou, protože pak už jim to skončí.“ (Olga)*

To dle ní vedlo k tomu, že někteří klienti chtěli jít do technik, do kterých dříve nechtěli jít, a to z toho důvodu, aby nepřišli „*o tu šanci se zlepšit*.“

### 8.5.5 Nižší tlak na řešení

Olga jako jediná popisovala změnu jejího tlaku na řešení problémů klientů. Dříve se potýkala s obtížemi s výkonovou orientací, ale během těhotenství **přestala na sebe tlačit** a „*všechno měla tak nějak víc na háku*“. Uvědomila si, že s klienty nezvládne naplnit domluvené cíle, což vedlo k jejich úpravě a vedlo k nižšímu tlaku na výkon.

*„Naráz to nebyl takovej tlak, že to musím vyřešit, protože to prostě nevyřeším, protože já pak prostě odejdu a někdo mě nahradí.“* (Olga)

Díky nižšímu tlaku na řešení a časově omezené spolupráci s klienty měla Olga v průběhu těhotenství dobrý pocit a byla **dobře naladěná**. To mělo vliv na to, že se těšila do práce a na klienty.

*„I na ty, se kterýma jsem ráda pracovala, tak jsem se těšila kolik toho ještě zvládnem do toho porodu. Na ty, se kterýma jsem pracovala méně ráda, tak jsem věděla, že už s nima nic vlastně nezmůžu. A že je tady přesný datum, kdy se rozloučíme. A tak se mi s nima pracovalo líp.“* (Olga)

Díky tomu vnímala změnu i ve **vztahu s klienty**. Přistupovala k nim s větší laskavostí, soucitem a nesnažila se je zachraňovat. Domnívá se, že tento její postoj klienti s traumatem potřebovali. Dříve také byla laskavá a soucitná, ale v práci na to „*musela víc myslet*.“

### 8.5.6 Nová témata u klientů

Petra si všímala, že u párů nebo u žen, které nemohli otěhotnět nebo neměli děti, se díky jejímu těhotenství objevovaly různá **témata související s dětmi**. Zamýšlela se nad tím, jestli téma přinášeli samotní klienti nebo ho přinášela ona.

*„...v průběhu toho těhotenství začali o tom (pozn.: proč nemají děti) mluvit, jo, že. Nebo jestli jsem měla já tendence to otevírat? Je to docela možný, ale to už potom porodu. Tam jsem začala mít tendence vlastně, hm, si uvědomovat, že mám ty tendence k těm ženám prostě třicet a výš tak nějak, zkoumat, proč to tak maj.“* (Petra)

### 8.5.7 Témata, která byla obtížná

Olga a Magda zmiňovaly témata, která pro ně byla obtížná. Olga si v těhotenství mezi nově přichozími klienty v neziskové organizaci, ve které pracovala, vybírala témata, se kterými nechtěla pracovat.

*„...tak už jsem si vybírala třeba klienty, se kterými jsem nechtěla pracovat. Už se mi třeba hůř pracovalo se sexuálním násilím nebo s případama, kde byly nějak výrazně týraný děti, třeba. Tak jsem cítila, že mi v tom není úplně komfortně.“ (Olga)*

Některé momenty týkající se **traumatických zážitků** klientů pro ni byly nepříjemné a těžko unesitelné. Také **téma rodiny** vnímala jako citlivé a „*riskantní*“. Domnívala se, že by při práci s takovými tématy byla zaujatá. Bála se toho, že by na některé oblasti klientova vyprávění zaměřovala více pozornosti než na jiné, nebo že by se některým oblastem snažila vyhýbat. Citlivost k tématu rodiny si vysvětlovala díky proměně ženy v matku a manželského páru v rodiče. Přemýšlela nad zátěží, která s příchodem dítěte může přijít.

*„...takový ty myšlenky, jak nás to změní – jako taky budeme bít svoje děti? Budeme na sebe křičet doma? Protože často to domácí násilí samozřejmě často začíná, když jde žena na mateřskou, a tak tam přicházely přirozeně takovýchle myšlenky.“ (Olga)*

Pro Magdu by bylo nepříjemné s některými klienty, kteří byli „**odtržení od sebe**“, odpovídat na otázky směrem k ní. Jednalo se asi o dva, tři klienty, které měla v péči. Bála se, že by v komunikaci s nimi došlo k osobnějším rozměrům a mohlo by dojít k „*zašpinění miminka*“.

*„...no že by se z toho stalo něco koncentrovaného, něco co ti klienti jakože zašpiní, řádk, je to hrozně dojmový, ale mám teď pocit jako kdybych tam zatáhla to čistý miminko a ona se tam někde v tom procesu mělo špinit.“ (Magda)*

Magdě se zároveň nechtělo do psychoterapeutického pole s některými klienty brát miminko a těhotenství. Jednalo se o klienty, kteří přinášeli těžká témata, například dlouhodobou **depresi**. Také si neuměla představit, že by v prvním těhotenství měla hodně klientek, které **nemohou otěhotnět**. Změna nastala po narození dítěte, kdy nemá obtíž s klientkami, které nemohou otěhotnět pracovat. Vysvětluje si to svým větším odstupem, svou vlastní zkušeností s těhotenstvím, porodem a důvěrou, že je možné takové klientky „*opečovat*“.

### 8.5.8 Ochrana terapeutek

Pro zvládnutí těžkých témat si Olga vytvořila **obranu**, která ji bránila před zahlcením. U traumatických zážitků klientů se snažila uzavřít a **upevnit se v roli profesionála**. To jí pomáhalo „*ustát přívaly emocí*“. Snažila se tak udělat si od traumatu odstup, protože vnímala, že tam má méně síly.

„Že jsem si víc jako uvědomila, že je to teďka role a že se jsem tady za toho, ten „kontejner“, kterej to musí unést, kterej to musí jako pojmout. Jenom asi jsem se víc soustředila na tuhle nějakou část, na tuhle představu než na tu lidskost, na které já běžně jedu.“ (Olga)

Také Magda popisovala ochranu před těžkým polem klientů. Snažila se věci **filtrvat a uzavírala** se některým věcem, tak aby ochránila miminko. Například při práci s depresivním klientem měla Magda zážitky, že se „musí nadechnout nad tu hladinu.“ Toto reflektovala až zpětně a uvažovala nad tím, že se mohla **některým emocím vyhýbat**.

„...ale myslím si, že s některým klienty, hm, jsem třeba mohla nejt do některej emocích, do těch fakt těžkej, do těch přesně tak jako černejch, do těch depresí.“ (Magda)

V těhotenství uvažovala jinak i nad dalšími obtížnými situacemi.

„...situace kde bych se dřív nechala jako ten objekt víc jako využít, vědomě, že bych věděla, že ten klient to k něčemu potřebuje, že to má nějaký smysl, tak jsem v té rovině přemýšlela jinak v tom těhotenství.“ (Magda)

O tom, jestli je dítě ovlivňované tím, co v psychoterapii slyší, před otěhotněním hodně přemýšlela Petra. Poté, co jí nevolnosti po čtvrtém měsíci přešly, uvědomila si, že se nemusí vlivu na dítě bát, protože se jí v těhotenství vytvořilo „**přirozený automatický odpojení od emocí**.“ Toto odpojení dle ní ochránilo plod.

„Prostě v tom těhotenství jste chráněná a tím pádem i ten plod je chráněnej. Takhle jsem to pochopila já, že jsem se vlastně dokázala potom uvolnit a neřešila jsem to.“ (Petra)

Rozuměla tomu jako emoční síle, která jí vytvořila štít před emocemi. Nemyslí si, že by tato silná ochrana vycházela z ní, ale že je zařízená přírodou. Domnívá se, že je přirozené, aby tuto ochranu měly všechny ženy. Dle ní ji nemají ženy, které nemají vyřešená témata z dětství a nikdy na sobě nepracovaly.

## 8.6 Změny vztahu s klienty

Petra, Iva, Olga a Magda popisovaly po oznámení svého těhotenství klientům zlepšení vztahu s klienty. Jediná Olga vnímala svůj odchod jako příležitost „zbavit se“ některých klientů.

Tabulka 7 Vztah s klienty

Změna vztahu s klienty	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Zlepšení vztahu s klienty		•	•	•	•
Zbavení se klientů				•	

Magda vnímala, že díky vnesením osobního rozměru do psychoterapie se jí začali klienti více ptát, což vedlo k **osobnějším** vztahům. Osobní rovina se dle Magdy projevila také v přejícném loučení klientů a přinesení dárků. Také Petra reflektovala **zlepšení vztahu** u některých klientů, a to díky tomu, že jí začali „*vidět trošku do toho soukromí.*“

*„Takže možná to těhotenství, že mě viděli jako člověka. Že vlastně ti klienti najednou neviděli toho terapeuta, kterej teda asi žije určitě perfektní život a má určitě nejúžasnějšího manžela a má to krásně nalajnovaný, protože to je terapeut.“* (Petra)

Zlepšení vztahu si všimla především u dlouhodobějších klientů. Domnívá se, že klienti ocenili její upřímnost ve sdílení informací o sobě. Díky tomu měli větší lidskost a byli Petře vděční za sdílení osobních informací. To dle ní vedlo k větší důvěře v terapeutickém vztahu a k jejich sblížení. Podobnou zkušenost měla také Iva, které popisovala, že těhotenství nemělo na vztah buď žádný vliv nebo vliv sblížující. K sblížení dle ní docházelo díky **vzájemné autenticitě**.

*„Hm, jinak si myslím, asi já s těmi lidmi, se kterými jsem to (pozn.: těhotenství) sdílela, se kterými jsem pracovala jako dýl, tak vnímám asi přiblížení, takový jako náhled do toho mého osobního života, že nás to jako přiblížilo.“* (Iva)

Podobně jako Petra si Iva přiblížení všimla u dlouhodobých klientů. Rozuměla tomu na základě teorie z gestalt terapie, ve kterém je důležitá autenticita ve vztahu. Jinak rozuměla zlepšení vztahu s klienty Olga. Ta si ho vykládala na základě svého obecně **lepšího naladění**, které souviselo mimo jiné s časově omezenou spoluprací s klienty.

*„Já bych řekla, že tím mým naladěním (pozn.: byl vztah lepší). Že jsem byla vlastně víc uzemněná, víc v klidu, to si tak jako hodně vybavuju. A, takže jsem zvolnila, že jsem netlačila některý ty témata, na sebe jsem netlačila.“* (Olga)

Jediná Olga vnímala svůj odchod na mateřskou jako příležitost ke „**zbavení se**“ **klientů**, kteří jí byli nepříjemní, netěšila se na práci s nimi nebo ze kterých byla vyčerpaná. U klientů, se kterými pracovala dlouho a „*točila se s nimi v kruhu*“, vnímala svůj odchod jako dobrou příležitost ke změně terapeuta. Díky svému odchodu se vyhnula přímé konfrontaci toho, že už s klienty nechce dále pracovat.

*„...nikdo z toho nevyšel špatně. Že by si to ti klienti nevzali osobně, že se málo snažili nebo byli nějací příliš porouchaní.“* (Olga)

## 8.7 Ukončení nebo přerušování psychoterapií

V rámci analýzy se objevilo několik témat souvisejících s ukončením nebo přerušením psychoterapií. V následující části se na ně blíže podíváme. Jedná se o témata: nejistota v budoucnosti, umělé přerušování psychoterapie, způsob ukončování, nabídka svého kontaktu klientovi a úplný konec psychoterapeutické práce.

Tabulka 8 Ukončování nebo přerušování psychoterapií

Ukončení nebo přerušování psychoterapií	Alice	Iva	Magda	Olga	Petra
Předání kontaktů na jiné terapeutky	•	•	•	•	•
Nejistota v budoucnosti		•			•
Umělé přerušování psychoterapie				•	•
Ukončení na zkoušku		•			
Nabídka svého kontaktu klientovi	•	•			•
Úplný konec psychoterapeutické práce	•		•		

### 8.7.1 Nejistota v budoucnosti

Petra mluvila o **obavách** ohledně návratu k psychoterapeutické práci po mateřské dovolené. Měla strach kolik klientů se po přerušování spolupráce vrátí, jestli si najde novou kancelář a jestli finančně zajistí rodinu v nové životní etapě. Nejistotu měla i ohledně toho, jak to bude s dítětem zvládat, když bude například nemocné. Pomohlo jí přijetí změny a uvolnění se v tom, že neví.

*„Že vlastně ta budoucnost není úplně tak jako, se nedá až tak plánovat, když tam potom máte to dítě a nevíte co se stane.“ (Petra)*

Iva vnímala jako náročné přerušování u dlouhodobých klientů, pro které přinášela pravidelnost v psychoterapii bezpečí a kteří si neuměli představit navazovat terapeutický vztah jinde. Jako nepříjemné brala přerušování spolupráce a zároveň **nejistotu** v tom, zda se bude moci vrátit tak jak plánovala. Přerušování psychoterapie vnímala jako „pauzu s otazníkem.“

*„Že tam je spousta proměnných, takže spíš jako dávat tam, nebo vnášet do té terapie pro ně nějakou nejistotu, jak to bude dál...“ (Iva)*

Pravděpodobně z tohoto důvodu řešila Iva na supervizi, jestli je v pořádku klientům nabízet, že se bude vracet.

*„Jestli je tím jako nedržím u sebe nebo jestli není lepší je motivovat jako jít k někomu jinému do terapie.“ (Iva)*



Vyřešila to tak, že nechala **rozhodnutí na klientech**. Ti měli možnost si vybrat, zda chtějí přejít k někomu jinému nebo přerušit psychoterapii.

### 8.7.2 Umělé přerušení psychoterapie

Olga se **nechtěla s klienty**, se kterými se jí dobře spolupracovalo, **loučit**.

*„S některýma mi bylo fajn, chtěla jsem tu práci dodělat a nemohla jsem. Musela jsem některý klienty předat a nelíbilo se mi to.“* (Olga)

Chtěla dokončit rozpracovanou psychoterapeutickou práci. Vliv na to mělo i její vnímání práce s traumatizovanými klienty. Popisovala, že práce s nimi bývá „na roky“ a u některých klientů se jim podařilo například po roce navázat důvěru a poté jim spolupráce z důvodu odchodu Olgy na mateřskou dovolenou skončila. Mrzelo jí, že nemohla práci dokončit a mít dobrý pocit, „že to klienti zvládli“ a udělali nějakou změnu.

Podobně popisovala psychoterapii jako **uměle přerušenu** také Petra. Vnímala práci jako rozpracovanou a „*najednou musíte přestat*.“ Na rozdíl od Olgy většinu svých klientů přerušovala a k rozpracované práci se poté vracela. Bylo to pro ni poprvé, co odešla od klienta. V minulosti končila pouze jedenkrát, a to kvůli stěhování, které bylo dlouhodobě plánované. Vlivem těhotenství to byla ona, která přerušovala vztah s klienty. Petra přemýšlela, co se v tu chvíli dělo s ní. Uvažovala nad tím, jestli se do ukončení nepromítlo **její vlastní opuštění**.

*„Takže s těmi klienty, kteří to vzali v pohodě, že jsem věděla, že jim to nějak neuškodí, tam to bylo fajn. Ale vlastně s těmi, kteří byli trošku úzkostnější, tak tam jsem měla pocit, že je opouštím, no.“* (Petra)

Pocit opuštění v tu dobu potlačila a začala situaci řešit nabízením **brzkého návratu do práce**. V té době ještě nemohla vědět, jestli brzký návrat bude moci vyplnit.

### 8.7.3 Způsob ukončování

Alice, Magda a Iva nevnímaly, že by ukončování psychoterapií probíhalo jinak než standartně. Postupovaly tak, jak byly zvyklé. Všechny terapeutky odkazovaly klienty na možnost obrátit se buď na jejich kolegu v rámci neziskové organizace nebo jim předávaly kontakty na jiné terapeutky.

Pro Magdu byl hlavní rozdíl od běžné psychoterapeutické praxe v tom, že **ukončovala se všemi klienty najednou**. U některých klientů směřovala spolupráce ke konci

a těhotenství konec „*uspíšilo nebo načasovalo.*“ Ale u některých klientů by psychoterapie dále pokračovala. Vnímala, že najednou to bylo koncentrovaný a intenzivní, protože všechny psychoterapie jí končily v jednom až dvou měsících. Jednalo se pro ni o novou nezvyklou situaci, která by se podle ní za normálních okolností nestane.

*„...a najednou mě ta práce jako taková končila všechna najednou, což byly ty vztahy, ta práce, myslím tím ty vztahy s těmi klienty...“* (Magda)

Na výroku Magdy si můžeme všimnout, že vztahová rovina při práci s klienty je pro ni významná. S klienty cca šest týdnů před porodem vykomunikovala možnost, že i přes naplánovaný termín příští týden se **psychoterapie nemusí kvůli jejímu zdraví uskutečnit.**

*„..., že když bych fakt nemohla, když by se něco stalo, prostě bych z toho vypadla, bude pro vás v pohodě, že tohle bude poslední setkání, když tohle bude ten konec té terapie.“* (Magda)

Se dvěma klienty se rozhodla **sepsat zprávu z psychoterapie**, kterou by klienti mohli předat dalšímu terapeutovi. Zprávu tvořila s klienty na sezení. Snažili se v ní zachytit to nejdůležitější – popis obtíží klienta, popis jejich spolupráce, změnu u klienta a to, na čem by chtěl klient dále pracovat. Díky sepsání terapeutického dopisu měla Magda dobrý pocit z toho, že udělala maximum pro podporu klientů v navázání další péče. Díky tomu si dokázala psychoterapeutickou práci „*opravdu ukončit v sobě.*“

*„Tam to pro mě bylo důležité, abych to mohla já odložit, abych to mohla ukončit a odejít na mateřskou, abych tam nezůstala v nějakých pochybnostech nebo nějakým strachu u té klientky konkrétní.“* (Magda)

V úryvku zmiňuje Magda klientku se sebevražednými tendencemi. Magda jí mimo jiné předala kontakty na psychiatrické ambulance a krizové linky.

Iva reflektovala, že ukončování si dobře sedlo i díky období, ve kterém přerušovala psychoterapeutickou práci. Jednalo se o léto, kdy mívala běžně větší prodlevy kvůli dovoleným. Jinak to měla Petra, která přerušovala psychoterapie v **zimě**, což vnímala jako rizikové období. Proto se při ukončování s klienty zaměřovala mimo jiné na téma Vánoc.

Iva se rozhodla s jednou klientkou **ukončit spolupráci „na zkoušku.“** Přerušení psychoterapie využily k prozkoumání toho, jestli klientka ještě psychoterapii potřebuje. Po návratu Ivy společně zhodnotily, zda chce klientka v psychoterapii pokračovat nebo chce spolupráci ukončit.

Jinou situaci popisovala Olga, která ukončovala klienty v soukromé praxi od začátku těhotenství, a to kvůli **zdravotním komplikacím.** V psychoterapii pokračovala pouze

s několika málo dlouhodobými klienty, kteří neměli akutní potíže a vydrželi počkat do jejího návratu z nemocenské. V neziskové organizaci ukončovala nebo předávala klienty postupně. Někteří klienti ukončili spolupráci již v průběhu nemocenské, protože nechtěli čekat na návrat, který byl nejistý. Olga se s nimi rozloučila přes email nebo přes esemesky, případně přes telefon. Na ukončování před odchodem na mateřskou dovolenou měl **vliv COVID-19**, který vedl k práci z domu. S některými z klientů to znamenalo náhlé ukončení spolupráce přes telefon, s jinými pokračovala přes **videohovory**. Olga vnímala, že by si ukončování zasloužilo osobní konzultaci a svůj čas. Zároveň popisovala, že situaci vzala, tak jak byla a že v těhotenství měla věci „*víc na háku*.“

#### 8.7.4 Nabídka svého kontaktu klientovi

Petra, Alice a Iva popisovaly, že nabídly klientům možnost je kontaktovat v době přerušení spolupráce (Petra, Iva) nebo po ukončení psychoterapie (Alice).

Iva nabídla dvěma dlouhodobým klientům, kteří měli obavy z toho, jak zvládnout přerušení psychoterapie, **možnost jí zavolat** v případě krize. Jednalo se o klienty, se kterými měla navázaný vztah a věděla, že by to využili pouze v případě krize nebo propadu. Iva to vnímala jako „*berličku*.“ Podobně to měla Petra, která by v případě obtíží u klientů hledala řešení jejich situace, například v podobně krizového sezení s kolegyní.

*„Jakože tam jsem, ale nejsem tam aktivně, že jsem takovej ten šum trošku.“* (Petra)

Alice spolupráci s klienty ukončovala. U dlouhodobých klientů jim předávala kontakt na sebe, pro případ, kdyby jí chtěli napsat nebo jí něco sdělit.

*„Ne, abych s nimi jakoby navazovala dál tu spolupráci, ale tím, že jsme tam nějaký ten vztah jakoby vybudovali, tak aby to nebylo takové, že, jo jako když člověk zemře, že teďka už nic.“* (Alice)

Alice vnímala možnost jí kontaktovat na soukromém emailu jako „*fér*“ z lidského i psychoterapeutického hlediska. Nechtěla tím nahradit práci někoho jiného, ale vnímala to jako možnost klienty povzbudit v případě potřeby, například namotivovat je k obrácení na její kolegyně. Při předání kontaktu klientům nepředpokládala, že by ji někdo na emailu „*bombardoval*.“

#### 8.7.5 Úplný konec psychoterapeutické práce

Pro Magdu a Alici znamenal odchod na mateřskou dovolenou úplný konec psychoterapeutické práce.

*„Že jsem věděla, že končím, že to není, že přecházím do jiné práce, nebo že mám jiný projekt. Ale že to pro mě byl poprvé ten zážitek toho fakt konce v té práci. A toho, že pak budu dělat úplně něco jiného. A že ta terapie nějakou dobu vůbec nebude.“ (Magda)*

Při srovnání se změnou práce v minulosti vnímala Magda situaci jinak. V předchozí práci nebyla spokojená, cítila úlevu z odchodu a těšila se na změnu. Při odchodu na mateřskou dovolenou úlevu necítila. Rozdíl vnímala také v tom, že po odchodu z předchozí práce ji mohli klienti dohledat a zkontaktovat. Nyní to vnímala jako **opravdový konec práce** a její nedostupnost pro klienty. Podobně to vnímala Alice.

*„Zatímco tady bylo jasné, že já tam už nebudu, takže je jasné, že opravdu ta spolupráce skončí...“ (Alice)*

Alice vnímala, že odchodem z práce ji čeká **nová životní etapa**, ve které se bude učit nové věci a nebude používat psychoterapeutické vzdělání. Alice na rozdíl od Magdy nabídla klientům svůj osobní email (viz kap. 8.7.4). Magda o předání svého kontaktu klientům nemluvila, naopak vnímala jako důležité nedávat klientům naději, že by se mohli ještě v budoucnu potkat. Chtěla jim zprostředkovat dobrý konec.

*„Jak dobře se dá ukončit nějaký vztah, neodcházet z toho zranění, neodcházet s nějakým tak ještě se nějak potkáme, až vy nějak porodíte, tak se třeba ještě domluvíme. Nic takovýho. Tak v tom myslím, že to, že tam bylo to miminko mi jako pomohlo nějak jako víc udělat tu tečku, jako fakt tečku. Se všemi klienty, se všema.“ (Magda)*

Magda neměla plán, kdy se bude k práci vracet. Nechtěla, aby klientům zůstalo něco „viset ve vzduchu“, ale aby byl vztah mezi nimi ukončený.

## 9 DISKUZE

Předložená studie přináší pohled těhotných terapeutek na jejich psychoterapeutickou práci během těhotenství. Pomocí metody IPA bylo identifikováno sedm témat: „oznámení terapeutek o těhotenství klientům“, „reakce klientů“, „podpora terapeutek“, „změny na straně terapeutek“, „změny v terapeutickém procesu“, „změny vztahu s klienty“ a „ukončení nebo přerušování psychoterapií.“ Následující část práce obsahuje reflexi výsledků výzkumu a jejich srovnání s jinými studiemi, dále pak metodologickou reflexi, implikace pro praxi a tipy pro další výzkumy.

### 9.1 Reflexe výsledků výzkumu

V rámci výzkumu se na jedné straně objevila témata, která byla často respondentkami zmiňovaná (způsob oznámení, dárky a otázky klientů). Na druhé straně se objevila témata málo frekventovaná a často zastoupená pouze jednou respondentkou (především témata změn v terapeutickém procesu). S ohledem na nízký počet respondentek je otázkou, jestli by se podobná témata objevila při větší velikosti výzkumného souboru i u jiných terapeutek nebo by naopak data přinášela jiné doposud nepopsané zkušenosti. V následujících odstavcích se reflexe výsledků bude postupně věnovat všem sedmi identifikovaným tématům.

Respondentky se rozhodovaly o **oznámení těhotenství klientům** na základě různých faktorů. Vliv na oznámení měla viditelnost těhotenství, vlastní pocit, že je správný čas a pro některé také supervize. Po rozhodnutí oznámit informaci klientům volily terapeutky odlišné postupy. Jedna terapeutka (Magda) sdělovala informaci plošně v jednom časovém období a umísťovala ji na začátek konzultací. Jiné terapeutky (Iva a Petra) zvolily pro sdělení delší časové období a řídily se individuálními potřebami klientů – někdy informaci říkaly na začátku konzultace, jindy v jejím průběhu nebo na konci. V předložené studii se oproti dosavadním zjištěním (Bashe, 1989; Way et al., 2019) neobjevila často popisovaná úzkost, zmatek a vina v souvislosti s oznámením těhotenství klientům. Možným vysvětlením může být fakt, že všechny terapeutky ve výzkumu měly supervize, se kterými byly spokojené. Naopak v předchozích studiích byly pocity úzkosti, zmatku a viny často spojovány s nedostatečným supervizním vedením (Bashe, 1989; Way et al., 2019).

Většina terapeutek ve výzkumu oznamovala klientům informaci o těhotenství po konci prvního trimestru. Jen u Petry došlo ke sdělení v prvním trimestru, a to z důvodu

nevolností a viditelnosti těhotenství. Rozdílný postup popisují především psychoanalytické studie. Lze v nich nalézt tendence terapeutek čekat na přinesení tématu těhotenství klienty (Fenster, 1983). Novější studie Wolfe (2013), ani předložená práce, tuto tendenci terapeutek nezaznamenala. Domnívám se, že změna souvisí s faktem, že většina výzkumů v minulosti byla realizovaná v psychoanalytickém a psychodynamickém směru (Bassen, 1988; Fallon & Brabender, 2003). V jiných psychoterapeutických směrech je pravděpodobně přistupováno k oznamování těhotenství jinak. Například v předloženém výzkumu bylo poukázáno Ivou na důležitost autentického terapeutického vztahu, a to s odkazem na gestalt terapii. Zatímco psychoanalytická psychoterapie klade důraz na jiné aspekty práce – především na neutralitu terapeutek, na přenos a interpretace (Dewald, 1965).

Jedna terapeutka (Petra) **nesdělovala informaci o těhotenství** klientům, se kterými psychoterapii končila před porodem. Žádný z klientů se terapeutky na její těhotenství sám od sebe nezeptal. Z předchozích výzkumů vyplývá (Katzman, 1993; McCluskey, 2017), že málokterý klient se otevřeně zeptá na terapeutčino těhotenství. Souvislost to může mít s obavami klientů z nezdvořilosti a nevídané zvědavosti. Vliv může mít také kulturní zázemí klientů nebo společenský konsensus (McCluskey, 2017). Je otázkou, jak vnímali klienti terapeutčino těhotenství, kterého si s největší pravděpodobností všimli, ale nebylo tematizované.

Všechny terapeutky se po oznámení svého těhotenství setkaly s **přejícnou reakcí klientů**. Podobně i jiné studie zjistily převážně pozitivní reakce klientů (Fenster, 1983; Katzman, 1993). Některé terapeutky se připravovaly na rozrušení klientů, které se neobjevilo. To je vedlo k doptávání se klientů na další pocity spojené s jejich těhotenstvím. Nabízení jiných pocitů klientům se objevilo také ve studii McCluskey (2017). Studie zkoumala pohled klientů, u kterých podobné chování vedlo k naštvání na terapeutky a k vnímání nabídek jiných pocitů jako tlaku. Na druhé straně je doporučováno zkoumat idealizace terapeutek ze strany klientů a pochopit tak jejich reakce (Fallon & Brabender, 2003).

V dřívějších studiích (Bassen, 1988; Zackson, 2012) je často popisováno mnoho různých reakcí ze strany klientů. Širokou paletu pocitů na straně klientů popisovala pouze jedna terapeutka (Olga). U klientů zaznamenala pocity smutku, zranění a naštvání. Jiné terapeutky zaznamenaly pouze obavy klientů z ukončení nebo přerušování psychoterapie nebo lítost klientů nad jejich odchodem. Terapeutky se rozcházely v tom, jak lítost ze strany klientů vnímaly. Jedné terapeutce (Alici) přišla reakce adekvátní, jiná terapeutka (Olga)

nebrala pocity klientů vážně, protože jí připadalo, že je nahraditelná. Zde se nabízí otázky související s osobnostním nastavením jednotlivých terapeutek. U jedné terapeutky (Olgy), která má výcvik v KBT, lze v průběhu analýzy dat vnímat odtažitější vztah směrem ke klientům. Lze ho sledovat například v její „obraně“ při sdílení osobních informací nebo právě ve vnímání své vlastní nahraditelnosti. Ve zkušenosti jiné terapeutky (Magdy), která má výcvik v integrativní terapii, lze sledovat naopak vyzdvihovaný význam vztahů s klienty například v jejím vyjádření, že pro ni psychoterapeutická práce znamená vztahy s klienty. Je otázkou, jestli se jedná spíše o osobnostní nastavení terapeutek, vliv zdravotních komplikací u Olgy nebo vliv různých psychoterapeutických směrů.

Ve výzkumu se u jedné terapeutky (Petry) objevilo srovnání **rozdílné reakce klientů a klientek**. Podobně jako v dřívější studii (McCluskey, 2007) sdílely klientky v reakci na těhotenství terapeutek informace ze svého mateřství. Petra popisovala, že klienti reagovali na sdělení o jejím těhotenství úsměvem a měli ochranné tendence. Oproti dřívější studii Diamonda (1992) se u klientů neobjevily jiné reakce, například často zmiňované reakce spojené se sexualitou. V této souvislosti lze dle mého názoru znovu přemýšlet nad vlivem psychoanalytické tradice a jejím důrazem na přenos související se sexualitou.

Některé terapeutky měly zkušenost, že na základě jejich těhotenství na ně byli všichni hodnější, brali jejich těhotenství na zřetel, a především dlouhodobější klienti měli **tendence o ně pečovat** – například otázkami na jejich pohodlí. Obrácení rolí, kdy se klienti starali o terapeutky, je zaznamenáno i v předchozích studiích (Fenster, 1983; Zackson, 2012; McCluskey, 2017). Vedle tendence o péči ze strany klientů si respondentky u klientů všimly vyhýbání se těžkým tématům. Dle nich se je tím klienti snažili ochránit nebo se bránili otevření témat před blížícím se koncem psychoterapie. Dle výzkumu McCluskey (2017) se klienti mohou vyhýbat mluvení o sobě také pokládáním otázek terapeutkám.

**Otázky ze strany klientů** zaznamenaly téměř všechny terapeutky. Míra jejich odhalení se lišila. Vliv na sdílení osobních informací měl mimo jiné terapeutický vztah, osobnostní fungování klientů a pocit bezpečí terapeutek. Například jedna terapeutka (Magda) vnímala jako nepříjemné sdílení osobních informací s klienty, kteří byli zatíženi osobnostní patologií. Některé terapeutky vnímaly otázky klientů jako přirozené, příjemné a adekvátní a neměly obtíže na ně odpovídat. Jedna terapeutka (Olga) popisovala držení si odstupů od klientů a sdílení pouze neosobních informací. Podle výzkumu Wolfe (2013) mohou mít vliv na míru sebeodhalení terapeutek jejich osobnostní tendence. Dle něho mají

některé terapeutky tendence si více držet hranice než jiné – záleží na jejich vnímání a hodnocení chování klientů. U Olgy je možné uvažovat také nad souvislostí se zdravotními komplikacemi na začátku těhotenství.

Stejně tak jako v jiné literatuře (Bashe, 1989; Fenster, 1983) byly ve výzkumu popisovány situace, kdy klienti **přinesli terapeutkám dárek**. Dárek byl téměř vždy směřovaný miminku a předán na posledním psychoterapeutickém setkání. V novější studii (Wolfe, 2013), stejně tak jako v předloženém výzkumu, hodnotila většina terapeutek přijetí dárku od klientů jako přirozenou věc a necítily se v jejich přijetí nepříjemně. Jedna respondentka (Petra) popisovala zpočátku obtíže s přijetím dárku, protože měla naučené, že dárky se od klientů nepřijímají. Přijímání dárků je považováno za nepříjemné především v psychoanalytické literatuře (Bashe, 1989).

V rozhovorech bylo identifikováno několik **zdrojů podpory terapeutek**. Všechny terapeutky měly **supervize**, které jim přinášely odpovědi na témata související s těhotenstvím – například jak těhotenství oznámit klientům nebo jak uzavírat psychoterapie. Dobrá zkušenost respondentek se supervizí je v rozporu s poznatky jiných výzkumů, které vnímaly supervizní vedení jako nedostatečné (Locker-Forman, 2005; Zackson, 2012) a neempatické (Uyehara et al., 1995). Pravděpodobně i z důvodu dostatečné supervizní podpory většina respondentek nemluvila přímo o svých pocitech viny v souvislosti s těhotenstvím nebo o předčasném ukončení psychoterapie ze strany klientů. Oba zmíněné jevy jsou v literatuře popisovány v souvislosti s nedostatečným prozkoumáním vlivu těhotenství na terapeutický proces (Fenster, 1983; Zackson, 2012).

Dalším zdrojem podpory byla **kolegiální podpora**, která se objevovala v souvislosti se vstřícným chováním kolegů, převzetím klientů kolegy v průběhu těhotenství, možností pracovat z domu nebo odejít dříve z práce. Jako další podpora byla popisována vlastní psychoterapie, absence obtíží, flexibilita práce a komfortnost psychoterapeutické práce. Jako zdroj podpory uvádějí vlastní psychoterapii také Dyson a King (2008). Ti mimo jiné dále doporučují čtení si o tématu, psaní osobního deníku nebo kontakt s terapeutkami, které mají podobnou zkušenost.

Anderson (1994) píše o tom, že fyzický a emoční stav těhotných terapeutek vyžaduje **změnu pracovního nasazení**. Některé terapeutky se o změnu snažily a hledaly způsoby, jak se postarat o své potřeby. Způsoby péče se ve výzkumu lišily podle toho, zda respondentky pracovaly v soukromé psychoterapeutické praxi nebo byly zaměstnané.



V soukromé psychoterapeutické praxi byla popisována větší flexibilita práce, například v možnosti snížení počtu klientů nebo zkrácení doby konzultací. V zaměstnaneckém poměru byla flexibilita práce nižší, ale i tak měly terapeutky různé možnosti – například odpočinout si lehnutím na gauč.

**Změny na straně terapeutek** popisovaly především dvě respondentky (Olga a Petra). Ty reflektovaly vnímání větší sebedůvěry v psychoterapeutické práci, lepší přístup k sobě, pocity větší dospělosti, emoční stability, klidu, positivity, většího naladění na sebe, sebepoznání a uvědomování si svých emocí. Změna se objevila také v intenzivnějším prožívání emocí, a to především směrem k tématům mateřství a dětí. Vyšší citlivost byla vnímána jako obohacující, protože umožňovala větší empatii. V této souvislosti můžeme uvažovat nad tím, že obě terapeutky (Olga a Petra) mají nejkratší délku psychoterapeutické praxe s klienty (3,5 roku a 1,5 roku). Ostatní terapeutky mají minimálně pětiletou psychoterapeutickou zkušenost. Z výzkumů vyplývá, že zkušenější terapeutky prožívají psychoterapeutickou práci jinak (Baum, 2006; Zackson, 2012). To se dle mého názoru mohlo projevit tím, že terapeutky s delší praxí neuváděly konkrétní změny ve svém nastavení nebo v terapeutickém procesu. U Petry a Olgy lze naopak zachytit drobné **náznaky krize identit**, které jsou v literatuře velmi často zmiňované (Bashe, 1989; Baum, 2010; Locker-Forman, 2005). Své úvahy opírám o popisované zaujetí břískem u Olgy nebo o změnu priorit a menší flexibilitu a dostupnost pro klienty u Petry. Do krize identit řadí někteří autoři (Locker-Forman, 2005) také menší toleranci k obtížným tématům, například k tématu týkajícího se týraných dětí (Olga). U ostatních respondentek lze usuzovat, že měly dostatečně rozvinutou profesní identitu, která se tím pádem nedostala do konfliktu s identitou mámy (srov. Way et al., 2019). Některé terapeutky ve výzkumu uváděly velkou změnu ve vnímání psychoterapeutické práce po narození dítěte. Je otázkou, zda se po porodu může objevit krize identit nebo zcela jiné aspekty zkušenosti.

Stejně jako ve výzkumu Bauma (2006) jedna z respondentek (Petra) popisovala **změnu priorit** na základě uvědomění si potřeb svého dítěte. Dříve byla zvyklá odkládat své potřeby a upřednostňovat potřeby klientů. Po otěhotnění se pro ni stala prioritou rodina, což vedlo k její menší flexibilitě a nižší dostupnosti pro klienty. Podobně i Fenster (1983) popisoval menší flexibilitu těhotných terapeutek. Literatura uvádí, že kvůli zaujetí nadcházejícím dítětem a sníženému zájmu o práci se mohou u terapeutek objevit pocity provinění (Baum & Herring, 1975). Pocity viny nebyly ve výzkumu přímo identifikovány, je však možné, že se u některých terapeutek objevily. Například u terapeutky, která vnímala,

že vlivem únavy neodváděla práci, na kterou byla dříve zvyklá (Olga). Nebo u terapeutky, která měla dojem, že odchodem na mateřskou dovolenou své klienty opouští (Petra).

Některé terapeutky zmiňovaly, že se psychoterapie nelišila od běžné spolupráce s klienty. Nejvíce **změn popisovaných v terapeutickém procesu** se objevilo u dvou terapeutek (Olga a Petra). Stejně jako ve výzkumu Fenster (1983) se u jedné terapeutky (Petry) objevil více konfrontační styl. Dovolila si tak upozornit klienty na věci, na které by se v minulosti bála poukázat. U jiné terapeutky (Olgy) se objevila změna používaných technik – v těhotenství vybírala především ty, které byly více zaměřeny na prožívání.

Jedna terapeutka (Olga) popisovala, že do práce s klienty **nedávala tolik**, protože část její kapacity byla zaměřená na břicho a snahu se tolik nevyčerpávat. To vedlo k tomu, že nechávala klienty více mluvit a přesunula na ně větší odpovědnost. Domnívám se, že stejně tak jako popisuje Čermáková (2000), došlo u terapeutky vlivem tendence vytvářet prostor pro nové ještě nenarozené dítě a vlivem komplikací v těhotenství ke zmenšení jejího intrapsychického prostoru.

**Pohyby dítěte v břiše** byly reflektovány různě. Jedné terapeutce (Olze) odváděly pozornost, jiná respondentka (Iva) se bez problémů vracela ke klientovi. Pohyby dítěte byly Olgou oceňovány s ohledem na příležitost se zastavit u svého těla, zhodnotit své pocity a směr spolupráce s klientem, což vedlo k jejímu pocitu větší efektivity práce. Podle Nadelson et al. (1974) zvýšené zaměření na tělo těhotných terapeutek přispívá k větší citlivosti a lepšímu naladění se na klienty.

**Pocity únavy a nevolností** vedly k ovlivnění terapeutického procesu. Jedna terapeutka (Olga) hodnotila svou práci při únavě jako horší. Horší hodnocení své práce, například vlivem potíží s koncentrací, je zachyceno i v jiných výzkumech (Way et al., 2019). V předloženém výzkumu se terapeutky na práci v nevolnosti dívaly různě. Alice vnímala jako důležité nepracovat za každou cenu a vnímat své potřeby. Zatímco Petra byla zvyklá na chronické bolesti a pokračování v práci v nevolnostech jí připadala jako nejlepší varianta. Přerušování psychoterapie z důvodu nevolností vnímala jako vnesení nejistoty do terapeutického procesu. Snahu fungovat stejně jako v době, kdy terapeutky nebyly těhotné, zachytily i jiné výzkumy (Baum, 2010; Baum, 2006; Locker-Forman, 2005). Ty popisují mimo jiné popření fyzického stavu terapeutek. Stojí za zamyšlení, jestli vedení psychoterapií v pocitech nevolnosti není snaha vyhnout se pocitům viny, tak jak to popisovaly jiné studie (Baum, 2006; Locker-Forman, 2005).

Jedna terapeutka (Olga) si všimla **urychlení terapeutického procesu** nebo naopak jeho **pozastavení**. Pozastavení dle ní souviselo se snahou klientů nezatěžovat ji nebo s jejich tendencí vyhnout se těžkým tématům z důvodu blížícího se konce psychoterapie. Urychlení se dle ní uskutečnilo díky převzetí zodpovědnosti ze strany klientů. Také McCluskey (2017) ve své studii popsal, že těhotenství terapeutek vedlo ke zvýšení soběstačnosti klientů. Je také možné, že stanovením data ukončení psychoterapie mohlo dojít k uvědomění si toho, jak rychle čas plyne, což mohlo zvýšit dynamiku psychoterapie (srov. Chernus, 2016).

Stejná terapeutka (Olga) popisovala **změnu svého tlaku na řešení problémů klientů** a snížení tlaku na svůj výkon. To ji vedlo k lepšímu naladění, větší laskavosti a soucitu ke klientům. Podobné výsledky jsem nenašla v žádné výzkumu. Je možné, že se v řadě případů v průběhu těhotenství terapeutek objevují témata blízká jejich osobnostnímu zaměření. U této terapeutky se jednalo o její reflektovanou výkonovou orientaci, která se vlivem těhotenství zmenšila.

Jediná terapeutka popisovala vynořující se **nová témata u párů a žen**, které se dlouho dobu snažili o děti nebo děti neměli. Je zaznamenáno, že těhotenství terapeutek může působit jako katalyzátor, který vyvolává hlubší a intenzivnější materiál (Bassen, 1988). V literatuře se často píše o vynořujících se tématech potratů klientů, materiálu z jejich dětství (Fenster, 1983), sourozenecké rivality, závisti, konkurence, odloučení, ztráty, strachu z opuštění nebo téma sexuality (Nadelson et al., 1974). Žádné z těchto témat terapeutky ve výzkumu nepopisovaly.

Stejně jako v jiných výzkumech (Locker-Forman, 2005) některé terapeutky popisovaly **témata, která pro ně byla obtížná** – například sexuální násilí, týrané děti, téma rodiny, těžká deprese klientů nebo problémy klientek s otěhotněním. Jako ochranu proti těžkým tématům si vytvořily různé strategie – uzavřely se do role profesionála, vybudovaly si odstup od traumatu, vyhýbaly se některým emocím, uzavřely se těžkým věcem nebo se odpojily od emocí. Podobně i v jiných člancích (Imber, 1990; Nadleson et al., 1974) lze nalézt tendence terapeutek vyhýbat se vysoce emotivnímu materiálu. To může být způsobené jejich snahou chránit své nenarozené dítě (McGourty, 2013).

Téměř všechny respondentky popisovaly po oznámení svého těhotenství klientům **zlepšení terapeutického vztahu**. Stejně jako v jiných studiích, popisovaly respondentky sblížení v terapeutickém vztahu (srov. McCluskey, 2017) a větší pocit vzájemné důvěry

(srov. Katzmana, 1993). Sblížení s klienty si vysvětlovaly sdílením informací o sobě, díky čemuž se staly „skutečnou“ osobou (srov. McClukey, 2017; Zackson, 2012). Změny si všimly především u dlouhodobých klientů. Olga vnímala zlepšení vztahu díky jejímu lepšímu naladění, uzemnění, klidu a nižšímu tlaku na sebe.

Jedna terapeutka (Olga) vnímala svůj odchod jako příležitost „*zbavit se*“ klientů, kteří jí byli nepříjemní, netěšila se na práci s nimi nebo ze kterých byla vyčerpaná. Nejedná se však o výjimečnou situaci. Pocity úlevy z ukončení spolupráce s obtížnými klienty se objevují i v jiné studii (Siebold, 1991).

Všechny terapeutky odkazovaly klienty při **přerušování nebo ukončování psychoterapie** na možnost obrátit se na jejich kolegu v rámci neziskové organizace nebo jim předávaly kontakty na jiné terapeutky. Některé terapeutky nabídly klientům **možnost je kontaktovat** v době přerušování nebo po ukončení psychoterapie. Jednalo se především o možnost kontaktovat terapeutky v případě krize. Kontakt předávaly klientům, u kterých si byly jisté, že je nebudou na emailu atakovat, ale využijí ho pouze v případě krizové situace. V literatuře je téma předání kontaktu klientům v některých případech považováno za prostředek ke snížení pocitů viny terapeutek (Bashe, 1989). Stejně tak je vnímán i brzký návrat do práce (Bashe 1989, Baum, 2006), který nabízela Petra jako způsob vypořádání se se svými pocity opouštění klientů.

Baum (2007) píše, že pokud **nebylo dosaženo cílů psychoterapie** mohou se u terapeutek objevit pocity frustrace a zklamání. Přestože žádná z terapeutek tyto pocity přímo nepojmenovala, je možné, že je zažívala terapeutka (Olga), která popisovala jako náročné končit spolupráci s klienty, se kterými se jí dobře pracovalo. Jednalo se především o práci s traumatizovanými klienty, kde vnímala odpracovaný velký kus práce v navázání důvěry. Jiná terapeutka (Magda) vnímala, že díky dobrému ukončení psychoterapií mohla odložit práci pro sebe. Baum (2007) zjistil, že terapeutky mají lepší pocit ze sebe sama v případě, kdy jsou spokojeny s procesem ukončení psychoterapie.

Jedna terapeutka (Petra) měla **obavy z budoucnosti** vztahující se k tomu, jestli se klienti po přerušování spolupráce do psychoterapie vrátí, jestli najde novou kancelář, jak finančně zajistí rodinu a jak bude s dítětem zvládat nemoci a jiné nejistoty. Obavy ohledně toho, jestli se terapeutičtí klienti vrátí zjistil také McCluskey (2017).

Pro dvě terapeutky (Magdu a Alici) byl odchod na mateřskou dovolenou úplný i když dočasný konec psychoterapeutické práce. Obě dvě nevěděly, kdy se do práce budou

vracet. Odchod z práce vnímaly jako začátek nové životní etapy. Ani jedna z nich nepopisovala smutek (srov. Fallon & Brabender, 2003) nebo úzkost z oddělení od klientů, ztrátu profesní role a tím pádem zdroje uspokojení (srov. Siebold, 1991).

V předložené práci se výrazně neprojevila **vina terapeutek** z ukončení nebo přerušení psychoterapeutické práce, tak jak je často zaznamenávána v jiných studiích (Baum, 2006; Baum, 2010; Zackson, 2012). Vinu podobně ve své studii nezaznamenal Wolfe (2013), který uvažuje nad tím, že menší pocity viny v novějších studiích mohou souviset s měnícím se postojem společnosti k těhotenství.

## 9.2 Metodologická reflexe

V předložené výzkumné studii nebylo schéma rozhovoru předem zaslané respondentkám, což zpětně hodnotím jako nevýhodu. Domnívám se, že předem zaslané otázky by mohly terapeutkám pomoci se před rozhovorem nad tématem zamyslet a snažit se tak porozumět své zkušenosti. Díky tomu by mohla být získaná data bohatší (srov. Bienen, 1990).

Při stanovování kritérií pro výzkumný soubor jsem nepočítala s tím, že při analýze dat bude mít jedna respondentka (Olga) dočasně zdravotní komplikace. V kritériích jsem se chtěla této zkušenosti vyhnout, a to z důvodů potencionálního výskytu témat týkajících se ztráty a úmrtí dítěte. Tato témata se u Olgy nevyskytla, a proto jsem její zkušenost z analýzy nevyřadila.

U terapeutek se téměř neobjevovaly nespokojenosti směrem k jejich psychoterapeutické práci během těhotenství. Domnívám se, že do výzkumu se měly ochotu zapojit především terapeutky, které byly se svou prací v době ukončení nebo přerušení psychoterapií z důvodu těhotenství spokojené. Naopak na výzvu k účasti ve výzkumu nemusely reagovat ty, které byly se způsobem ukončení nebo přerušení psychoterapie nespokojené.

Limitem práce je, že rozhovory byly vedeny a analyzovány jednou osobou. Z praktických důvodů nebylo možné do analýzy dat zapojit dva výzkumníky, kteří by mohli snížit vliv výzkumníka jako možné intervenující proměnné.

V empirické části jsou výsledky prezentovány formou společných témat, a to s ohledem na zvýšení anonymity respondentek. Je však otázkou, zda v souvislosti s odlišnou zkušeností respondentek v některých tématech (například u tématu změn v terapeutickém

procesu) by prezentace dat v podobně případových studií neposkytla větší přehlednost získaných dat. Dalším možným řešením by mohlo být zahrnutí většího množství respondentek, čímž by mohlo dojít k většímu nasycení méně častých témat.

V předložené studii hrozilo zkreslení z důvodu sociální desirability. Terapeutky mohly váhat s poskytnutím pravdivých informací, nepřinášet část své zkušenosti a popírat tak dopad jejich těhotenství na psychoterapii (srov. Way et al., 2019). Zkreslení mohlo být způsobeno i retrospektivitou výzkumu.

Výzkum pracoval s malým výzkumným souborem. Výsledky studie proto nelze šířeji interpretovat. Poskytují nám však možnost blíže porozumět zkušenosti terapeutek, které v průběhu svého prvního těhotenství pracovaly s klienty.

### 9.3 Implikace pro praxi

Předložená práce naznačuje, že pro některé terapeutky vede těhotenství ke změnám v psychoterapeutické práci. Jiné reflektují méně přímých změn, ale těhotenství pro ně znamená nové výzvy, například v odpovídání na otázky klientů, v přerušování nebo ukončování klientů. S ohledem na velké množství terapeutek v oboru a tím pádem i na velkou pravděpodobnost, že se terapeutky s podobnou zkušeností během své kariéry setkají, je dle mého názoru důležité o tématu psát a diskutovat. Práce přináší první český text a první českou sondu do tématu. Bakalářská práce může sloužit terapeutkám, které jsou těhotné nebo plánují otěhotnět. Může jim umožnit přemýšlet nad vlastními pocity a nad různými tématy, která pro ně na první pohled mohou zůstat skrytá. Ostatní příběhy respondentek jim mohou sloužit jako zdroje podpory.

Domnívám se, že s tématem by bylo vhodné seznámit také psychoterapeutické výcvikové instituty a supervizory. Předložená práce může zvýšit jejich povědomí o tématech, kterým mohou těhotné terapeutky čelit. Supervizoři tak mohou snadněji otevírat prostor pro obtíže těhotných terapeutek. Porozumění tématu jim může například umožnit brát na zřetel případné přetěžování terapeutek, jejich pocity viny nebo nedostatečnosti z vykonané práce (srov. Baum, 2010).

### 9.4 Východiska pro další výzkum

S ohledem na zmiňované téma změn u respondentek po porodu vnímám jako užitečné zkoumání zkušenosti terapeutek po narození dětí. Zároveň, jak poukazovala jedna

z respondentek, změny související s rodičovstvím se netýkají pouze terapeutek matek, ale také terapeutů otců. Studie zaměřená na rodičovství a změny v souvislosti s vedením psychoterapií by mohly poukázat na dosud neprozkoumané pole.

V rozhovorech některé terapeutky krátce narazily na téma návratu do psychoterapeutické praxe v průběhu mateřské dovolené. Domnívám se, že výzkum zaměřující se na terapeutky vracející se do psychoterapeutické praxe v průběhu nebo po mateřské dovolené by mohl přinést užitečná data.

Na výzvu k předloženému výzkumu reagovalo velké množství terapeutek, které jsou frekventantkami psychoterapeutických výcviků. Domnívám se, že by bylo užitečné zaměřit se na zkušenosti terapeutek, které pracovaly s klienty v době svého těhotenství a byly frekventantkami psychoterapeutického výcviku. V této souvislosti se nabízí možnost zkoumat terapeutky, které jsou těhotné a pracují stále s klienty nebo zkoumat zkušenost těhotných terapeutek v psychoterapeutickém výcviku retrospektivně.

Do výzkumu jsem nezařadila terapeutky, které měly během těhotenství velké zdravotní obtíže a musely ukončit psychoterapie dříve, než by si přály. Také toto téma vnímám jako doposud nedostatečně prozkoumané, a to jak z pohledu terapeutek, tak z pohledu klientů.

## 10 ZÁVĚR

Cílem práce bylo prozkoumat zkušenost terapeutek, které během svého prvního těhotenství psychoterapeuticky pracovaly s klienty. V práci bylo nalezeno sedm společných témat. Některá témata byla respondentkami často zmiňovaná, jiná byla málo frekventovaná a často zastoupená pouze jednou respondentkou. Následující odstavce představují hlavní zjištění.

Terapeutky se rozhodovaly oznamovat o svém těhotenství klientům na základě různých faktorů. Jejich oznámení vedlo k přejícné reakci klientů. Ostatní reakce klientů byli ojedinělé. Těhotenství terapeutek dále vedlo k péči klientů o terapeutky, vyhýbání se těžkým tématům ze strany klientů, zvýšenému počtu dotazů na terapeutky a přinesení dárku terapeutkám.

Jako podpůrné vnímaly terapeutky supervizi, kolegiální podporu, vlastní psychoterapii a péči o své potřeby. Objevilo se několik změn v psychoterapeutické práci. Byly popisovány témata, která byla terapeutky obtížná. Jako ochranu proti nim si vytvořily různé strategie.

Terapeutky popisovaly zlepšení vztahu s klienty. Výjimečně byl odchod vnímán jako příležitost „zbat se“ klientů. Ukončování nebo přerušování psychoterapií vedlo k obavám z budoucnosti, pocitům náročnosti a k předání svého kontaktu klientům.



## SOUHRN

Tato práce se zabývá zkušeností terapeutek, které během svého prvního těhotenství pracovaly psychoterapeuticky s klienty.

Těhotenství terapeutek bylo nejprve zařazeno do širší perspektivy nuceného ukončení psychoterapie. Jedná se o psychoterapie přerušované z osobních důvodů terapeutek před dosažením terapeutického cíle. Těhotenství terapeutek začalo poutat pozornost odborné veřejnosti v posledních 30 letech. Práce se zamýšlí nad důvody nízkého zájmu odborné veřejnosti o téma. Uvažuje například nad snahou vyhnout se tématu z důvodu emoční zranitelnosti nebo kvůli pocitům spojeným s profesionální nekompetentností.

V druhé kapitole bylo popsáno dosavadní vědění o vlivu těhotenství terapeutek na terapeutických proces. I přestože neexistuje shoda mezi autory na tom, jak těhotenství terapeutek ovlivňuje terapeutický vztah a jaký má dopad na léčbu, přináší práce různé aspekty popisované v odborných studiích. Jedná se například o objevování otázek klientů, nový terapeutický materiál nebo přinesení dárků terapeutkám. Popsány jsou také změny ve způsobu práce některých terapeutek – stávají se více aktivními a více nebo méně sebevědomými. Práce se také věnuje tématu oznamování těhotenství terapeutek klientům.

Třetí kapitola reflektuje reakce terapeutek na jejich těhotenství, a to s ohledem na jejich psychoterapeutickou práci. Podrobněji se dívá na často zmiňovaný konflikt identity matky a identity profesionálky a na obavu terapeutek ze ztráty profesní identity. Dále je popsána pestrost pocitů, které se u terapeutek mohou objevit. Blíže se práce zabývá pocity viny terapeutek a způsobu vyrovnávání se s nimi. Popsána je také dosavadní zkušenost těhotných terapeutek se supervizemi.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na reakce klientů na těhotenství terapeutek. Shrnuje pestrost pocitů klientů a způsoby jejich reakce na ukončení nebo přerušování psychoterapií.

Pátá kapitola uzavírá teoretickou část a reflektuje aktuální výzkumy. Bylo zjištěno, že pouze malý počet studií se zaměřuje na perspektivu terapeutek (např. Bienen, 1990; Imber, 1990; Dyson & King, 2008). Z tohoto důvodu byla formována tato výzkumná otázka: *Jakou zkušenost uvádějí psychoterapeutky, které v době svého prvního těhotenství pracovaly s klienty?*

Výzkum v předložené práci vychází z kvalitativního přístupu a jako výzkumná strategie byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza. Sběr dat byl proveden

polostrukturovanými rozhovory. Výzkumný soubor byl tvořen pěti terapeutkami, které měly dokončený nebo téměř dokončený psychoterapeutický výcvik, měly minimálně rok psychoterapeutické praxe před otěhotněním a jednalo se o jejich první těhotenství, od kterého uběhly maximálně čtyři roky. Respondentky byly vybrány metodou záměrného výběru a metodou sněhové koule, a to pomocí výzvy k účasti na výzkumu na Facebooku a v emailu. Byly dodrženy etické aspekty především formou uděleného písemného informovaného souhlasu ze strany respondentek. Nejprve proběhla analýza jednotlivých případů a následně byly hledány vzorce napříč případy. Bylo nalezeno sedm nadřazených témat.

- **Oznámení terapeutek o těhotenství klientům.** Terapeutky se rozhodovaly o oznámení svého těhotenství klientům na základě různých faktorů. Pro rozhodování byla důležitá viditelnost těhotenství, vlastní pocit, že je správný čas a pro některé také příprava oznámení na supervizi. Většina terapeutek ve výzkumu oznamovala klientům informaci o těhotenství po konci prvního trimestru. Výjimečně došlo ke sdělení v prvním trimestru, a to z důvodu nevolností a viditelnosti těhotenství.
- **Reakce klientů.** Všechny terapeutky se po oznámení jejich těhotenství setkaly s přejícnou reakcí klientů. Jedna terapeutka zaznamenala smutek klientů, pocity zranění, lítosti a naštvaní. Některé terapeutky popisovaly obavy klientů z ukončení nebo přerušování terapie. Dále byla popisována péče klientů o terapeutky, vyhýbání se těžkým tématům ze strany klientů, zvýšený počet dotazů na terapeutky a přinesení dárku terapeutkám.
- **Podpora terapeutek.** V rozhovorech bylo identifikováno několik podpůrných prvků terapeutek. Jednalo se o supervize, kolegiální podporu, vlastní psychoterapii a péči o své potřeby.
- **Změny na straně terapeutek.** Objevilo se vnímání větší sebedůvěry v psychoterapeutické práci, lepší přístup k sobě, pocit větší dospělosti, emoční stability a klidu. Změna se objevila také v intenzivnějším prožívání emocí. Větší propojení se svými emocemi bylo vysvětlováno větším naladěním na sebe, sebezpoznaním a větším uvědomováním si svých emocí. Dále byla jednou terapeutkou reflektována změna priorit a s tím související její menší flexibilita a dostupnost pro klienty.
- **Změny v psychoterapeutickém procesu.** Byla popisována větší odvaha ke konfrontování klientů, snaha nevyčerpávat se, nechávat klienty více mluvit, tendence

používat více prožitkových technik a nižší tlak na řešení problémů klientů. Pohyby dítěte v břiše byly reflektovány různě. Stejně tak různě přistupovaly terapeutky k pocitům únavy a nevolnosti. Jedna terapeutka si všimla urychlení terapeutického procesu nebo naopak jeho pozastavení. Některé terapeutky popisovaly témata, která pro ně byla obtížná, například sexuální násilí, týrané děti, téma rodiny, těžké deprese nebo nemožnost otěhotnění klientek. Jako ochranu proti těžkým tématům si vytvořily terapeutky různé strategie – uzavření se do role profesionála, odstup od traumatu, vyhýbání se některým emocím, uzavření se před těžkými věcmi nebo automatické odpojení od emocí.

- **Změna vztahu s klienty.** Téměř všechny respondentky popisovaly po oznámení svého těhotenství klientům zlepšení vztahu s klienty. Zlepšení si vysvětlovaly autenticitou a osobnějším vztahem díky tomu, že klienti viděli do jejich soukromí. To vedlo k vzájemnému sblížení a větší důvěře. Jedna terapeutka vnímala svůj odchod jako příležitost „*zbavit se*“ klientů, kteří jí byli nepříjemní, netěšila se na práci s nimi nebo ze kterých byla vyčerpaná.
- **Ukončení nebo přerušování psychoterapií.** Všechny terapeutky odkazovaly klienty na možnost obrátit se na jiné terapeutky. Některé terapeutky nabídly klientům možnost je kontaktovat v době přerušování spolupráce nebo po ukončení psychoterapie. V souvislosti s ukončováním nebo přerušováním psychoterapií se u terapeutek objevily obavy z budoucnosti, pocity náročnosti, pocity opouštění klientů a intenzivnosti ukončování. Pocit opuštění klientů jedna terapeutka potlačila a začala situaci řešit nabízením brzkého návratu do práce.

Limitem práce je, že rozhovory byly vedeny a analyzovány jednou osobou. Dále pak, že výzkum pracoval s malým výzkumným souborem. Přesto se domnívám, že nám práce poskytuje možnost blíže porozumět zkušenosti terapeutek, které v průběhu svého prvního těhotenství pracovaly s klienty.

Předložená práce přináší první český text a první českou sondu do tématu. Práce může zvýšit povědomí o tématech, kterým mohou těhotné terapeutky čelit. Může sloužit terapeutkám, které jsou těhotné nebo plánují otěhotnět, psychoterapeutickým výcvikovými institutům nebo supervizorům. Umožňuje přemýšlet nad pocity a tématy, která na první pohled mohou zůstat skrytá. Příběhy respondentek mohou sloužit ostatním terapeutkám jako zdroj podpory.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Anderson, L. (1994). The experience of being a pregnant group therapist. *Group analysis*, 27(1), 75-85.
- Baum, N. (2006). Pregnant field students' guilt. *Journal of Social Work Education*, 42(3), 561-578.
- Baum, N. (2007). Therapists' responses to treatment termination: An inquiry into the variables that contribute to therapists' experiences. *Clinical Social Work Journal*, 35(2), 97-106.
- Baum, N. (2010). Dual role transition among first time pregnant social work student trainees. *Social Work Education*, 29(7), 718-728.
- Baum, O. E., & Herring, C. (1975). The pregnant psychotherapist in training: some preliminary findings and impressions. *The American journal of psychiatry*, 132(4), 419-422.
- Bashe, E. D. (1989). *The therapist's pregnancy: The experience of patient and therapist in psychoanalytic psychotherapy* (Disertační práce). Rutgers The State University of New Jersey.
- Bassen, C. R. (1988). The impact of the analyst's pregnancy on the course of analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 8(2), 280-298.
- Bienen, M. (1990). The pregnant therapist: Countertransference dilemmas and willingness to explore transference material. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 607.
- Bohart, A. C., & Wade A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 219-257. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bostic, J. Q., Shadid, L. G., & Blotcky, M. J. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50(3), 347-359.
- Clarkson, S. E. (1980). Pregnancy as a transference stimulus. *British Journal of Medical Psychology*, 53(4), 313-317.

- Čermáková, H. (2000). Některé aspekty vlivu těhotenství terapeutky na průběh psychoanalytické psychoterapie. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 2(2), 13-18.
- Dewald, P. A. (1965). Reactions to the forced termination of therapy. *Psychiatric Quarterly*, 39(1-4), 102-126.
- Diamond, D. (1992). Gender-specific transference reactions of male and female patients to the therapist's pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 9(3), 319-345.
- Dyson, E., & King, G. (2008). The pregnant therapist. *Psychodynamic Practice*, 14(1), 27-42.
- Fallon, A. E., & Brabender, V. (2003). *Awaiting the therapist's baby: a guide for expectant parent-practitioners*. New York: Routledge.
- Fenster, S. L. (1983). *Intrusion in the analytic space: The pregnancy of the psychoanalytic therapist* (Disertační práce). Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies.
- Fenster, S., Phillips, S. B., Rapoport, E. R. G. (1986). *The Therapist's Pregnancy: Intrusion in the Analytic Space*. New York: Routledge.
- Finlay, L., & Evans, K. (2009). *Relational-centred Research for Psychotherapists*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Friedman, M. E. (1993). When the analyst becomes pregnant—twice. *Psychoanalytic inquiry*, 13(2), 226-239.
- Fuller, R. L. (1987). The impact of the therapist's pregnancy on the dynamics of the therapeutic process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15(1), 9-28.
- Gibb, D. E. (2004). Reliving Abandonment in the Face of the Therapist's Pregnancy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(1), 67-85.
- Hacham-Lynch, R. (2014). *The pregnant therapist: An exploration of countertransference issues and their impact on the therapeutic relationship* (Bakalářská práce). Dublin Business School.
- Hopkins, S. (2004). Pregnancy: An unthinkable reality. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(1), 44-66.

- Chernus, L. A. (2016). A self psychologist approaches retirement: “Forced” termination with highly vulnerable clients. *Clinical Social Work Journal*, 44(2), 150-159.
- Chiaromonte, J. A. (1986). Therapist pregnancy and maternity leave: Maintaining and furthering therapeutic gains in the interim. *Clinical Social Work Journal*, 14(4), 335-348.
- Katzman, M. A. (1993). The pregnant therapist and the eating-disordered woman: The challenge of fertility. *Eating Disorders*, 1(1), 17-30.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 102-120.
- Lam, W. I. (2017). *The Time to Say Goodbye: Lived Experience of Forced Termination from a Drama Therapy Perspective* (Magisterská práce). Concordia University.
- Locker-Forman, A. (2005). *When real meets pretend: An exploration of the impact of the therapist's pregnancy on child psychotherapy* (Disertační práce). City University of New York.
- McCluskey, M. C. (2017). The pregnant therapist: a qualitative examination of the client experience. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 301-310.
- McGourty, A. (2013). The pregnant therapist and the psychotic client: a phenomenological understanding of the impact of the therapist’s pregnancy on the therapeutic process. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(1), 18-31.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. In Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Gerfield’s handbook of psychotherapy and behaviour change*, 49-84. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Miller, R. D., & Giffin, J. A. (2019). Parallel pregnancies: The impact on the supervisory relationship and art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 94-101.
- Nadelson, C., Notman, M., Arons, E., & Feldman, J. (1974). The pregnant therapist. *American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1107-1111.
- Napoli, M. (1999). Issues for pregnant therapists: Missed appointments and fee payments. *British Journal of Psychotherapy*, 15(3), 355-357.

- Imber, R. R. (1990). The avoidance of countertransference awareness in a pregnant analyst. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(2), 223-236.
- Paluszny, M., & Poznanski, E. (1971). Reactions of patients during pregnancy of the psychotherapist. *Child psychiatry and human development*, 1(4), 266-274.
- Prout, T. A. (2019). Pregnancy and disability: Therapist transitions and transformations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(2), 211-223.
- Reingold, H. (2004). *Therapist initiated forced termination: The relationship between a therapist's defensive style and his subjective experiences during the terminal phase* (Disertační práce). The Wright Institute.
- Rosenthal, E. S. (1990). The therapist's pregnancy: Impact on the treatment process. *Clinical Social Work Journal*, 18(3), 213-226.
- Schmidt, F. M. D., Fiorini, G. P., & Ramires, V. R. R. (2015). Psychoanalytic psychotherapy and the pregnant therapist: a literature review. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 50-61.
- Siebold, C. (1991). Termination: When the therapist leaves. *Clinical Social Work Journal*, 19(2), 191-204.
- Siebold, C. (2007). Everytime we say goodbye: Forced termination revisited, a commentary. *Clinical Social Work Journal*, 35(2), 91-95.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), s. 39-54.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, J.A. (Ed). *Qualitative Psychology: a Practical Guide to Research Methods*, 51–80. London: Sage Publications.
- Sun, A. P. (1999). Issues BSW interns experience in their first semester's practicum. *The Clinical Supervisor*, 18(1), 105-123.

- Stuart, J. J. (1997). Pregnancy in the therapist: Consequences of a gradually discernible physical change. *Psychoanalytic Psychology, 14*(3), 347.
- Turkel, A. R. (1993). Clinical issues for pregnant psychoanalysts. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 21*(1), 117-131.
- Uyehara, L. A., Austrian, S., Upton, L. G., Warner, R. H., & Williamson, R. A. (1995). Telling about the analyst's pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 43*(1), 113-135.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). Dnešní psychoterapie. In Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.), *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z. (2016). *Jak se stát dobrým psychoterapeutem*. Praha: Portál.
- Way, C., Lamers, C., & Rickard, R. (2019). An unavoidable bump: a meta-synthesis of psychotherapists' experiences of navigating therapy while pregnant. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 22*(3), 450-463.
- Whyte, N. (2004). The Analyst's Pregnancy: a Non-Negotiable Fact: The Challenge to Existing Object Relations. *Psychoanalytic Psychotherapy, 18*(1), 27-43.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In Mariotti, P. (Ed.), *The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*, 59-66. London: The New Library of Psychoanalysis.
- Wolfe, E. H. (2013). *The therapist's pregnancy and the client-therapist relationship: an exploratory study* (Magisterská práce). Smith College for Social Work.
- Zackson, J. (2012). *The impact of primary maternal preoccupation on therapists' ability to work with patients* (Disertační práce). City University of New York.



# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce
2. Schéma rozhovoru
3. Výzva k účasti ve výzkumu
4. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce

# PŘÍLOHA 1: ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE V ČESKÉM A ANGLICKÉM JAZYCE

## **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Vliv těhotenství terapeutek na průběh psychoterapie z jejich pohledu

**Autor práce:** Andrea Štěpánková

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

**Počet stran a znaků:** 80 stran, 162 424 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 57

### **Abstrakt:**

Práce se zabývá zkušeností terapeutek s psychotherapeutickou prací s klienty v průběhu jejich prvního těhotenství. Teoretická část uvádí do tématu nuceného ukončení psychoterapie, představuje dosavadní vědecké zjištění vlivu těhotných terapeutek na terapeutický proces, popisuje reakce terapeutek a klientů na těhotenství terapeutek a věnuje se popisu dosavadních výzkumů. Jen málo výzkumů zkoumá těhotenství terapeutek z jejich perspektivy. I z tohoto důvodu je empirická část tvořena kvalitativním výzkumem. Byly provedeny polostrukturované rozhovory s pěti terapeutkami, které v době jejich prvního těhotenství terapeuticky pracovaly s klienty. Na základě interpretativní fenomenologické analýzy bylo identifikováno sedm témat: „oznámení terapeutek o těhotenství klientům“, „reakce klientů“, „podpora terapeutek“, „změny na straně terapeutek“, „změny v terapeutickém procesu“, „změny vztahu s klienty“ a „ukončení nebo přerušování psychoterapií.“

**Klíčová slova:** těhotenství terapeutky, nucené ukončení psychoterapie, změny v psychoterapii, reakce klientů

## **Abstract of Thesis**

**Title:** Therapists' view of the influence of therapists' pregnancy on psychotherapy

**Author:** Andrea Štěpánková

**Supervisor:** PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 80 pages, 162 424 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 57

### **Abstract:**

The presented study is focused on the experience of therapists with psychotherapeutic work with clients during therapists' first pregnancy. The theoretical part introduces the topic of forced termination of psychotherapy, presents the current scientific findings of the influence of pregnant therapists on the therapeutic process, describes the response of therapists and client on the therapists' pregnancy and describes the current research. The research is rarely focused on therapists' perspective of their experience. For this reason, the empirical part consists of qualitative research. In this study, semi-structured interviews were conducted with five therapists who worked with clients therapeutically during their first pregnancy. The data was analyzed using interpretative phenomenological analysis, which carried out seven topics: "notification of pregnancy to clients", "client response", "support of therapists", "changes of the therapist", "changes in the therapeutic process", "changes in therapeutic relationship" and "termination or interruption of psychotherapy."

**Key words:** therapists' pregnancy, forced termination of psychotherapy, changes in psychotherapy, client's reactions

## PŘÍLOHA 2: SCHÉMA ROZHOVORU

Jak byste srovnala sezení v době, kdy jste ještě nebyla těhotná a v době, kdy už ano?

Jaký vliv mělo těhotenství na Vaši práci s klienty?

Co bylo pro Vás v terapeutické práci s klienty během Vašeho těhotenství podpůrné?

Co pro Vás bylo naopak zatěžující?

Prosím řekněte mi o tom, jak se Vaši klienti dozvěděli o Vašem těhotenství?

Komunikovala jste o Vašem těhotenství se všemi klienty stejně? Pokud ne: Co komunikaci ovlivnilo?

Jaké informace jste s klienty sdílela?

Jak byste popsala reakce svých klientů na těhotenství? Jak jste na tyto reakce reagovala?

Jaké byly Vaše pocity ohledně vedení terapií v těhotenství?

Jak byste popsala vliv Vašeho těhotenství na Váš vztah s klienty?

Co jste na práci během Vašeho těhotenství oceňovala? Uveďte prosím příklady.

Co Vám naopak nevyhovovalo?

Objevovaly se v průběhu terapie nové situace, se kterými jste se musela vyrovnat? Pokud ano: Můžete je popsat? Jak jste na ně reagovala?

Jak byste popsala vliv Vašeho těhotenství na terapeutický proces?

Popište prosím ukončování psychoterapeutického procesu.

Jak probíhala Vaše poslední sezení? Můžete je popsat?

Rozhodla byste se později k nějaké změně své intervence? Pokud ano: Jak byste postupovala.

Jakou zkušenost jste měla v průběhu těhotenství se svou supervizí?

Jaký předběžný plán návratu k terapeutické práci jste měla při ukončování/přerušování terapií?

Jak ovlivnilo těhotenství Váš náhled na terapeutický proces?

Co byste na základě své zkušenosti doporučila těhotným terapeutkám?

## PŘÍLOHA 3: VÝZVA K ÚČASTI VE VÝZKUMU

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou ohledně hledání terapeutek, které během své terapeutické praxe byly těhotné. Byla bych vděčná, pokud by byly ochotné se se mnou setkat a popovídat si o tom. Rozhovor se zaměří na zkušenosti týkající se vedení psychoterapie v průběhu jejich prvního těhotenství.

Informace získané během rozhovoru zůstanou důvěrné a terapeutky nebudou muset odpovídat na otázky, na které nebudou chtít.

O terapeutické práci v průběhu prvního těhotenství terapeutek je napsáno poměrně málo. Výzkum v rámci mé bakalářské práce by měl přispět k porozumění tomuto fenoménu. Ráda bych, aby výsledky výzkumu přispěly k diskuzi na toto téma a vedly tak k větší podpoře těhotných terapeutek.

Pokud znáte terapeutku, která během svého prvního těhotenství pracovala terapeuticky s klienty a měla dokončený terapeutický výcvik, případně rok do jeho dokončení, neváhejte ji na mě předat kontakt. V případě jakýchkoliv dotazů nebo zájmu o zapojení se do výzkumu se ozvěte na e-mail: [blazan01@upol.cz](mailto:blazan01@upol.cz).

Děkuji a přeji pěkný den,

Andrea Štěpánková

## PŘÍLOHA 4: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU V RÁMCI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vliv těhotenství terapeutek na průběh psychoterapie z jejich pohledu

Autor práce: Mgr. Andrea Štěpánková

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

Termín realizace: 1.7.2020 – 30.11.2021

Místo realizace: videorozhovor

Cílem bakalářské práce je více porozumět zkušenosti těhotných terapeutek s vedením psychoterapie. K výzkumu bude použit polostrukturovaný rozhovor. Respondentům budou položeny otázky zjišťující jejich pohled na průběh psychoterapie, vztah s klientem a zkušenost s ukončením nebo přerušением psychoterapie. Rozhovory budou nahrávány, aby bylo možné s odpověďmi dále pracovat. Celý rozhovor bude trvat přibližně 60-90 minut.

Pokud souhlasíte s účastí na výzkumu, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlašuji, že jsem byla seznámena s podmínkami účasti na výzkumu „Vliv těhotenství terapeutek na průběh psychoterapie z jejich pohledu“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci bakalářské práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, odstoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....