

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ARCHETYPÁLNÍ OBRAZ ZRANĚNÉHO LÉČITELE U PSYCHOTERAPEUTŮ

The Archetypal Image of the Wounded Healer
Among Psychotherapists



Magisterská diplomová práce

Autor: Tomáš Mlčoch
Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Olomouc
2018

Per tenebras venit lux – per lux venit tenebras.

Z temnoty vyvstává světlo, ze světla temnota.

Zde bych chtěl poděkovat PhDr. Veronice Šmahajové, Ph.D., za odbornou pomoc, ochotu a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Rovněž děkuji psychoterapeutům, kteří se výzkumu zúčastnili, za jejich odvahu, otevřenost a vstřícnost. Dále bych chtěl vyjádřit díky své rodině a nejbližším, kteří mě podporovali v období tvorby této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Archetypální obraz zraněného léčitele u psychoterapeutů“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 29. 3. 2018

Podpis

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Základní koncepty analytické psychologie.....	9
1.1 Struktura a dynamika psychiky	9
1.2 Archetypy	13
2 Archetypální obraz zraněného léčitele	18
2.1 Vývoj konceptu zraněného léčitele.....	18
2.2 Protipřenos.....	24
2.3 Konstelace zraněného léčitele v léčebném vztahu.....	26
2.4 Dialektický přístup analytické psychologie.....	30
2.5 Proces hojení zraněnosti	33
3 Motivace.....	38
3.1 Základní pojmy motivace	38
3.2 Vybraná dělení motivace	42
3.2.1 Implicitní a explicitní motivace	42
3.2.2 Intrinsická a extrinsická motivace	44
3.3 Vybrané motivační teorie	45
3.3.1 Maslowova hierarchie potřeb	45
3.3.2 Murrayho teorie motivace	47
3.3.3 McClellandova trojice implicitních psychosociálních motivů	48
3.4 Motivační proces	51
3.4.1 Heckhausenův model fází jednání	55
3.4.2 Klingerův koncept aktuálních zájmů	57
3.5 Motivace u pomáhajících profesí	59
3.5.1 Prosociální chování a altruismus	59
3.5.2 Narcismus	62
3.5.3 Stínové aspekty motivace	65
3.5.4 Motivy psychoterapeutů	68
3.6 Shrnutí teoretické části	75
EMPIRICKÁ ČÁST	76
4 Výzkumný problém a výzkumné otázky	77
5 Metodika.....	79
5.1 Zvolený výzkumný rámec	79
5.2 Výzkumný soubor	81
5.2.1 Výběr výzkumného souboru.....	81
5.2.2 Popis výzkumného souboru.....	83

5.3 Metody získávání dat	84
5.3.1 Polostrukturované interview	84
5.3.2 Pozorování	86
5.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	87
5.5 Etické aspekty	92
6 Výsledky	94
6.1 Zranění a jeho uvědomění.....	95
6.1.1 PŮVOD ZRANĚNÍ	95
6.1.2 ZRANĚNOST	96
6.1.3 SOUVISLOSTI ZRANĚNÍ	96
6.1.4 UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ.....	99
6.1.5 OVLIVNĚNÍ ZRANĚNÍM.....	101
6.1.6 ZRANĚNÍ JAKO MOTIVACE.....	103
6.1.7 SHRNU TÍ	104
6.2. Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta	106
6.2.1 OSOBNÍ HISTORIE.....	107
6.2.2 OSOBNÍ MOTIVY	109
6.2.3 CÍLE CHOVÁNÍ	114
6.2.4 UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ.....	116
6.2.5 ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE	118
6.2.6 DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU.....	119
6.2.7 SHRNU TÍ	120
6.3 Celkové shrnutí výsledků.....	128
7 Diskuze.....	131
7.1 Zraněnost u psychoterapeutů.....	132
7.2 Uvědomění zraněnosti.....	133
7.3 Motivace k psychoterapii	134
7.4 Motivace ke studiu psychologie.....	136
7.5 Motivace k psychoterapeutickému výcviku.....	137
7.6 Motivace k setrvání v psychoterapeutické praxi	138
7.7 Limity výzkumu	140
7.8 Možné budoucí zaměření výzkumů	141
8 Závěry	143
Souhrn	145
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	148
Abstrakt	
Seznam příloh	

Přílohy

Příloha č. 1: Žádost o účast na výzkumu zaslaná psychoterapeutům

Příloha č. 2: Seznam otázek rozhovoru sytící výzkumné otázky

Příloha č. 3: Schéma postupu při rozhovoru

Příloha č. 4: Jádrové otázky u interview

Příloha č. 5: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 6: Přehled úrovní kategorií

Příloha č. 7: Komplexní příklad motivačního procesu

Úvod

Běžně uváděným motivem pro studium psychologie a věnování se psychoterapii v praxi je přání pomáhat a porozumět druhým, často s minimálním uvědoměním původů tohoto přání. Jaké jsou nevědomé motivy, potřeby a uspokojení z nich plynoucí budoucích psychoterapeutů? Jaké jsou stinné stránky altruismu? Mohou bolestné zkušenosti ovlivňovat psychoterapeutickou praxi? Na tyto otázky se s ohledem na Jungův koncept archetypického obrazu zraněného léčitele v této práci zaměřuji.

Archetypální obraz zraněného léčitele se projevuje vždy, když dojde k nějakému zranění a motivuje jedince k potřebě tyto zranění vyléčit. Projevy zraněného léčitele se mimo motivační procesy odehrávají především v léčebných procesech a předpokládají, že bolest pramenící z vlastní zraněnosti a následný proces růstu, který může nastat, pokud člověk dokáže tato zranění správně integrovat, hrají kritickou roli ve formování všech dalších léčebných vztahů, které daný jedinec naváže.

V této diplomové práci navazuji na předchozí teoretické základy položené mou bakalářskou prací *Archetyp zraněného léčitele* (Mlčoch, 2015), která poukázala na důležitost zkoumání této problematiky a zároveň na absenci výzkumů v České republice. Cílem této práce bylo prozkoumat projevy tohoto archetypálního obrazu v oblasti motivace u praktikujících psychoterapeutů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní koncepty analytické psychologie

V této kapitole přiblížím některé pojmy a koncepty Jungovy psychologie, které je pro správné pochopení archetypu zraněného léčitele potřeba znát. Tato práce si neklade za primární cíl detailní analýzu a explikaci těchto pojmů, budu se tedy držet rozsahu nezbytně nutného pro osvětlení záměru. Je třeba upozornit, že vypustím mnoho zásadních prvků Jungovy teorie. Pro komplexní pochopení Jungových postulátů lze čtenáře odkázat na česky vydaný devítidílný *Výbor z díla*, především na díly I, II, III, VII a VIII (Jung, 1997, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d, 2009). Bližší popis Jungova díla a zasazení jeho myšlenek do filosoficko-historického kontextu lze nalézt v mé bakalářské práci, v kapitole *Vybrané aspekty analytické psychologie* (Mlčoch, 2015) nebo v knize Borise Rafailova *C. G. Jung v zrcadle filosofie* (2010). První dvě kapitoly v této diplomové práci tvoří přepracované a zkrácené části textu mé bakalářské práce *Archetyp zraněného léčitele* (Mlčoch, 2015).

1.1 Struktura a dynamika psychiky

Nyní nastíním nejzákladnější pojetí Jungovy struktury psýché. Lidská psychika se skládá ze dvou komplementárních, avšak svými obsahy do jisté míry protikladných konstruktů, totiž *vědomí* a *nevědomí*. Vědomí tvoří výrazně menší část psychiky nežli nevědomí. Jung ho chápe jako fylogeneticky mladší, avšak nezbytně nutnou komponentu pro formování naší osobnosti. Podle Junga je vědomí funkce nebo činnost, která udržuje vztah psychických obsahů k *Já*. *Já* je obsaženo jak ve vědomí, tak do určité míry i v (osobním) nevědomí. Pojmem *Já* je myšlen komplex představ, který tvoří centrum pole vědomí, charakterizován osobní kontinuitou a vlastní identitou. *Já* je subjektivní a diferenciované (Jung, 2000b). Můžeme se setkat i s ekvivalentními pojmy *vědomé Já* či v psychoanalytické řeči *Ego*. Zjednodušeně řečeno *Já* představuje vše to, co si představíme, když používáme slovo „já“ v běžném životě. Pro orientaci v Jungově struktuře psychiky předkládám přehledné schéma na konci této kapitoly (Schéma č. 1).

Vzájemný vztah vědomí a nevědomí lze podle Junga nejlépe nazvat kompenzačním. Nelze používat slovo kontrastující, poněvadž vědomé a nevědomé pochody nejsou nutně ve vzájemném protikladu, nýbrž se doplňují v celek. Tuto kompenzační funkci lze popsat tak, že mezi vědomím a nevědomím vzniká nerovnovázný stav, a opačná část psýché, než ve které nerovnováha nastane, se pak snaží tento nedostatek vyrovnat. Příliš málo zde vyvolá

příliš mnoho tam. Jung hovoří o duši jako o samoregulačním systému, v homeostatickém pojetí. Kompenzační proces je pak základním pravidlem duševního chování a psychické dynamiky, jenž může vyvolávat tělesné i duševní symptomy (Jung, 2000a).

Kompenzační proces se podle Junga, stejně jako všechny psychické dynamismy, řídí třemi zákony: *enantiodromie*, *ekvivalence* a *entropie*. První z pojmů je převzat od Hérakleita a odpovídá neustálému splývání protikladů. Toto splývání se děje na základě *ekvivalence*, fyzikálního zákona zachování energie. *Entropii* můžeme chápat tak, že pokud jeden z pólů duševních protikladů oplývá větší energetizací, tak se pak inferiorní část snaží o vyrovnání tohoto rozdílu a dává tímto směrem do pohybu duševní energii. Absolutní entropie a rovnováha však nemůže být dosažena, a pokud by se tak stalo, mělo by to pro jedince fatální dopad. Znamenalo by to energetickou zástavu a „psychickou smrt“ (Jacobi, 2013).

Pojem psychické energie neboli *libida* chápal Jung ve větší šíři nežli Freud, nikoliv s nutně sexuálně-pudovým základem, avšak jako obecnou životní energii. Pojem energie není objektivně přítomen v jevu samotném, ale vždy je dán povahou empirie. Buď aktualizovanou formou, jako myšlení, pozornost, přání, pud, vůle, afekt, pracovní výkon atd., nebo formou potenciální, jako stav nebo kondice, což zahrnuje například postoje, dovednosti, hodnoty, připravenost či zaměření. Ostatně i celá psýché je z pohledu analytické psychologie neustále aktivní, poměrně otevřený energetický systém (Jung, 1995).

Oblast nevědomí rozděluje Jung na dva subsystemy, *osobní nevědomí* a *kolektivní nevědomí*. Osobní nevědomí je získaného původu. Skládá se z jedné části z psychických obsahů, které jednoho času byly ve vědomí, avšak z nějakého důvodu byly odsunuty. V osobním nevědomí se kromě vytěsněných obsahů nachází vše, co se psychickým stalo podprahově, včetně subliminálních smyslových vjemů, zapomenutých vzpomínek, myšlenek a pocitů (Jung, 2000b).

Osobní nevědomí podle Junga obsahuje specifické psychické obrazy, pro něž užívá termín *komplexy*. Jedná se o odštěpené skupiny psychických obsahů, které se vydělily z vědomí a fungují jako značně ucelená cizí tělesa v psýché, oplývající vlastní autonomií. Při vhodné vnější či vnitřní chvíli může komplex doslova převzít vládu nad vůlí i vědomím a vnutit individuu svůj vliv – ustupuje vědomá intence, *Já* i svoboda. Nemají však jenom negativní konotaci, Jung je vidí jako důležitý mentální uzel, který zabraňuje duševní

stagnaci, je v nich potenciál pobídky k většímu úsilí a následnému růstu osobnosti (Jung, 2000a).

Jung používal pojem „*afektivně zabarvené komplexy*“, protože spouštěcím mechanismem jejich vzniku bývá reakce na trauma, emoční šok či morální dilema. Dotyčné psychické obrazy se „zapouzdří“, oddělí od vědomí a vytvoří autonomní konstrukt. Existenci, hloubku i emoční zabarvení komplexů lze empiricky zjistit pomocí metody verbálního asociačního experimentu¹. Každý komplex je vždy propojen s nějakým archetypickým jádrem (Jung, 2000a). Kompenzační charakter nevědomí vlivem komplexů Jung (2000a) trefně popisuje na paralele s Freudem:

Královskou cestou do nevědomí nejsou ovšem sny, jak měl [Freud] za to, nýbrž komplexy, které způsobují sny a symptomy. Tato cesta má také méně královský ráz, neboť cesta, kterou ukazuje komplex, se spíše podobá hrbolaté, mnohokrát se klikatící stezce pro pěší, která se častěji ztratí v houští a většinou nevede do srdce nevědomí, nýbrž mimo něj (253).

Největší a nejhlubší části psyché je *kolektivní nevědomí*. Podle Junga je kolektivní nevědomí dědičné. Stejně jako dědíme anatomické znaky mozku, tak se podle něj rodíme i s archaickou psychickou zkušeností všech našich předchůdců. Zahrnuje pak veškerý fylogenetický vývoj lidstva, snad i všech živých tvorů. Je tedy u všech lidí identické a tvoří společný, všeobecný duševní základ. Vědomí a *Já* je pak vývojově mladší část psyché, která se evolucí vydělila z původního kolektivního nevědomí. V protikladu k *Já* má kolektivní nevědomí indiferentní, neosobní a objektivní podstatu, jejíž cílem je zachování neporušené kontinuity celého lidstva (Jung, 1997).

Za nepřímé projevy této části lidské psychiky lze považovat symptomy, komplexy, obrazy a symboly ve snech, fantazie, vize či psychotické halucinace. Je třeba zdůraznit, že Jung nechápe nevědomí, ať už osobní či kolektivní, jako zásobárnu potlačených a vytěsněných obsahů, které mají na náš život primárně negativní dopad. Naopak pojímá nevědomí skrze jeho projevy, jako možný zdroj moudrosti lidstva. Kolektivní nevědomí je tvořeno archetypy, kterým se věnuji níže. Nevědomí, stejně jako jeho obsahy, není

¹ Při asociačním experimentu je proband požádán o co nejrychlejší poskytnutí odpovědi spojené s daným podnětovým slovem. Experimentátor zaznamenává reakční čas, kvalitu výpovědi a jevy jí doprovázené. Data se proboují důkladné analýze a výsledkem je jakási mapa komplexů.

statickým fenoménem, nýbrž aktivním. Funkcionalita nevědomí není pouze reaktivního charakteru, avšak má i složku proaktivní (Jung, 2000b).

Složkou, která je postavena do středu vědomí a nevědomí, je podle Junga *bytošné Já* (*das Selbst*). Je to archetyp celosti, regulující centrum psýché a transpersonální síla přesahující vědomé *Já*. Jedná se o ideál enantiodromie, stav, kdy jsou v individualitě sjednoceny protiklady. *Bytošné Já* nelze vědomě zcela popsat, lze pouze prožít. Hovoří se o něm jako o teleologickém cíli lidské existence, v řeči náboženství je jakýmsi „Bohem v nás“ (Jung, 2000b). Jungovi pokračovatelé hovoří o *ose bytošné Já-Já* kvůli trvalému vztahu těchto dvou struktur. *Bytošné Já* je nadřazené, chová se k *Já* jako činné k pasivnímu, jako subjekt k objektu, neboť jeho energetické síly mají převahu. Podobně jako nevědomí, je i *bytošné Já* apriorní a předobrazuje *Já*. Jung (2001, 224) tento vztah vystihuje takto: „Nikoli já tvořím sám sebe, spíše se sám sobě ději.“

Proces, který vede k formování *bytošného Já*, k integraci vědomých a nevědomých obsahů a následné asimilaci *Já* do obsáhlejší osobnosti, se označuje termínem *individuace*. Je to plné uskutečnění člověka jako celku, osvobození individuality z kolektivní psýché, avšak i sjednocení se sebou samým a současně i s celým lidstvem (Jung, 2000a). Pro zjednodušení si můžeme pomoci přirovnáním k laickému termínu jako je osvícení.

Nyní popíši vybrané psychické procesy, které se v rámci Jungova pojetí psýché vyskytují. Tyto procesy mohou zasahovat jak do vnitřních (komplexy, archetypy), tak do vnějších (ostatní lidé) oblastí lidské existence. Mechanismus *projekce* je proces, jehož výsledkem je přesunutí subjektivního obsahu na objekt. Jedná se o integrující součást nevědomých mechanismů, odehrává se tedy ve všech případech, ve snění či bdění, mimo vědomí. Souběžně s projekcí probíhá i proces disimilace, při kterém se subjektivní obsahy odcizují vlastnímu subjektu. Tyto nevědomé obsahy jsou následně projikovány na objekt a subjektu pak připadá, že tyto jsou objektu vlastní. Většinou se jedná o postoje a vlastnosti, kterých se subjekt chce zbavit, často jsou to nepřijatelné či bolestivé obsahy. Všechny nevědomé obsahy jsou konstantně projikovány do našeho okolí a projekce ustává tehdy, pokud se stává vědomou. Jinými slovy, když člověk vidí, že projikovaný obsah patří jemu samotnému (Jung, 1997).

Subjekt však nemusí být pomyslným prvotním hybatelem, který projekci započal. Podle Junga se často stává, že objekt nabízí projekci příležitost nebo ji dokonce sám vyvolá. To se

stává v případě, že objekt si není své vlastnosti vědom, tím ji promítá na nevědomí druhého člověka. Příkladem může být přenos a protipřenos v terapeutickém vztahu (Jung, 2000a).

Identifikací lze chápat jako proces, při kterém dochází k úplné nebo částečné disimilaci osobnosti. Jejím základem je nevědomá shoda mezi subjektem a objektem. V raném vývoji je potřebná, neboť napomáhá k adaptaci na vnější svět, avšak v pozdějším životě brání individuálnímu vývoji jedince (Jung, 1971).

Psychická inflace je stav, ve kterém dochází k rozšíření osobnosti za její individuální hranice. Člověk si pak přivlastňuje psychické obsahy či vlastnosti, které spočívají mimo jeho vlastní osobnost. Inflace se může projevit přehnanou identifikací s personou, archetypem či v patologických případech s historickou nebo náboženskou postavou (Jung, 2000b). Zjednodušeně řečeno by se dala přirovnat ke slovům nafouklost či nabubřelost.

Na závěr musím znovu zdůraznit redukcionistický charakter této podkapitoly. Není zde možné obsáhnout principy analytické psychologie v celých jejích souvislostech. Snažil jsem se vybrat ty části, které jsou relevantní pro téma této práce a objevují se v dalším textu.

1.2 Archetypy

Výše již bylo konstatováno, že obsahy kolektivního nevědomí jsou *archetypy*. Přiřítání formulace tohoto pojmu Jungovi je častým omylem, i když je pravděpodobně jeho pojetí pro veřejnost nejrozšířenější. Sám Jung termín odvozuje od dřívějších myslitelů a vědců, například A. Augustina, J. Bruckhardta, L. Lévy-Bruhla, A. Bastiena, H. Huberta a M. Mause. Na začátek je třeba zmínit synonymitu pojmů mytologický motiv, mytologém, pramyšlenka, kolektivní představa či apriorní kategorie imaginace s termínem archetypická představa (Jung, 1997).

Archetyp je od pradávna existující, zděděný vzorec chování, jenž oplývá značnou dynamickou složkou, prostřednictvím které reguluje a utváří obecně platná přesvědčení, názory a etické hodnoty. Tato dynamická složka je zapříčiněna silným, až živým citovým tónem, který archetypy doprovází. Díky tomu jsou působivé, mají silný vliv a fascinují (Jung, 2012).

Pomocí archetypu jsme vychováváni a orientujeme se ve světě. Ovlivňuje všechny naše rozhodnutí a volní akty, stejně jako vytváření našich názorů. Jestliže archetypy zasahují regulujícím, modifikujícím a motivujícím způsobem do utváření vědomých obsahů, chovají se jako instinkty. Jung tyto typické postoje, způsoby jednání, formy představ a impulsů považuje za dědičný základní vzor instinktivního chování a přirovnává ho k biologickému pojmu *pattern of behaviour*. Stejně tak jako instinkty v tělesné rovině, fungují i archetypy v rovině psychické. Právě tato instinktivní povaha archetypů je základem jejich propojenosti s výše zmíněnými emočně zdůrazněnými komplexy a podílí se na jejich relativní autonomii (Jung, 2000a).

Archetypy jsou odvozeny z myšlenky univerzálního paralelismu mytologických motivů, tedy Jungova pozorování, že například mýty, legendy a pohádky vystupují spontánně, nezávisle na tradici ve všech kulturách. Nejedná se však o celé mýty jako takové, nýbrž o nejméně redukovatelné, jádrové mytologické komponenty – mytologémy či mytologické motivy. S těmiž motivy se setkáváme ve snech, fantaziích, deliriích a psychotických útvarech. Jádro obsahu všech mytologií a náboženství, stejně tak jako i všech „-ismů“² má archetypickou povahu (Jung, 1997).

Abych předešel zmatení, je třeba rozlišovat mezi **archetypem** a **archetypálním obrazem**. Zástupným pojmem pro archetypické obrazy jsou archetypické postavy, představy, figury atd. Jung později k upřesnění „archetypu“ používá pojem „archetyp o sobě“, který lze přirovnat k „věci o sobě“ Immanuela Kanta. Archetyp o sobě je pouhá hypotetická, nenázorná forma. Není určen obsahově, nýbrž formálně, jako vzorec chování. Jakmile však tento archetyp vstupuje do vědomí, naplňuje se obsahem a projevuje se jako archetypická představa. Archetypické představy jsou již konkretizací jednotlivých forem, archetypů, avšak nejsou s nimi totožné. Nejedná se tedy o jednotlivě zděděné představy, nýbrž o všem společné, zděděné možnosti či formy těchto představ (Jung, 1997).

Archetyp o sobě nelze přesně popsat a vysvětlit v jeho pravé podobě. Cokoli o archetypech vypovídáme, jsou znázornění nebo konkretizace v našem vědomí, tím pádem jsou pokusy o jejich vysvětlení pouze více či méně úspěšné překlady do jiného obrazného jazyka. Je třeba mít na paměti, že archetyp je nevědomá, nenázorná forma, která je

² Pokud nastane nerovnovážený stav mezi vědomím a nevědomím a jedinec je zahlcen nevědomými obsahy, ustupuje vědomé Já kolektivnímu a dochází k masovému strnutí společnosti pod vlivem jedné kolektivní myšlenky. Jung hovoří o „ztrátě duše“ (Jung, 2001).

pozorovatelná pouze díky svému působení skrze archetypické představy. A pouze tyto představy umožňují zobrazení ve vědomí. Avšak i archetypické představy se uvědoměním mění ve smyslu každého individuálního vědomí, ve kterém se objevují. Díky tomu lze poslední významové jádro archetypu opsat, nikoliv však popsat. Jung archetyp o sobě přirovnává k nádobě, kterou nelze nikdy zcela vyprázdnit ani naplnit (Jung, 1997).

Archetypické postavy představují kompenzatorní dvojice, kdy jedna je vždy více či méně vědomá a druhá nevědomá. Archetypických představ je veliké množství, mezi ty Jungem blíže popsané patří stín, obraz duše (animus a anima), persona, velká matka, moudrý stařec, božské dítě či s individuací spojený hrdina. Počet archetypů však není konečný, Jung (1997, 155) tvrdí, že „*je toliko archetypů, kolik je typických situací v životě*“. Archetypální figury zde zmíněné nelze považovat za „pravé“ archetypy, neboť vždy v naší psyché zastávají i roli komplexu. Hovoříme o archetypální a komplexové složce konkrétních archetypických představ. Blíže zde rozeberu stín a personu, jelikož jsou relevantní vzhledem k archetypálnímu obrazu zraněného léčitele v léčebném procesu.

Osobní stín, jenž je personifikací³ vytěsněných, animálních a méněcenných obsahů. Představuje zkratka „to, čím člověk nechce být“, nám charakteristické vlastnosti, za které se stydíme a o kterých mnohdy ani my samotní nevíme. Představme si bezděčné výbuchy hněvu, či situace, kdy se divíme, „co to do nás vjelo“. Osobní stín sídlí v osobním nevědomí jedince a je typickou komplexovou složkou (Jacobi, 2013).

Archetypální složkou stínu by pak byl stín *kolektivní*, který představuje obecně lidskou temnou stránku v nás, v každém člověku existující predispozici k temnému a méněcennému. Jedná se i o jakousi odvrácenou stranu ducha doby. Jak již název napovídá, kolektivní stín vychází z kolektivního nevědomí. Jako příklad Jung uvádí projekci kolektivního stínu nacisty do židů, kteří byli vnímáni jako méněcenné a zlé bytosti určené k likvidaci (Papadopoulos, 2006).

Stín se manifestuje vnitřně, ve snech, a to formou personifikovaných duševních vlastností do postav stejného pohlaví. Nejčastější vnější formou stinného projevu je projekce na druhé osoby. Stínové postavy se objevují v mnoha literárních či mytologických příbězích, připomeňme si Kaina a Abela, Goethova Fausta a Mefistofela či Tolkienova Froda a Gluma.

³ Personifikace je sklon psychických obsahů nebo komplexů vystupovat v podobě osobnosti, která je odlišná od Já.

Protikladnou dvojicí ke stínu, jak již z jeho popisu vyplývá, je *Já*. Jedná se o typický kompenzační vztah a v případě, že roste jedna strana, roste i druhá (Müller & Müller, 2006). Vzájemný vztah dvojice *Já* a stín vystihuje lidové pořekadlo „Čím větší světlo, tím větší stín“.

Stín nemusí však vždy představovat pouze negativní stránky, může být i *pozitivní*. V tomto smyslu o stínu hovoříme, pokud vlastní *Já* hraje v životě negativní roli, personifikovaným opakem pak budou jeho vysoce pozitivní vlastnosti. Příkladem může být člověk, který žije v neustálém sebepodceňování. K aktivaci pozitivního stínu může docházet i projekcí na námi admírovaný objekt (Jung, 1969).

Se stínem je třeba se konfrontovat, neboť když není uvědomován, stává se „hustším a temnějším“. Jedná se o těžký a dlouhodobý proces, který podle Junga může trvat až první polovinu našeho života. Integrace stinné stránky je prvním krokem k individuaci. Konfrontací myslíme neskrývaně kritické uvědomění vlastní podstaty, především svých slabých stránek a inferiorních obsahů. Potlačování stínu nebo přílišná identifikace s ním může vést k disociacím osobnosti a následně k neuróze či psychóze (Jacobi, 2013).

Následující figurou je persona, což je komplikovaný systém vztahů mezi *Já* a okolní společností. Jedná se o funkční komplex, jenž usnadňuje sociální adaptaci. Je častým omylem považovat ji za pravý archetyp, přestože nese některé archetypální rysy. Jungovi pokračovatelé o ní někdy hovoří jako o sociálním archetypu nebo archetypu konformity, i když sám Jung slovo archetyp v souvislosti s personou nikdy nepoužil (Stevens, 1996). Slovo persona pochází z řečtiny, kdy představovalo hereckou masku, podle které šlo poznat, jakou roli herec hraje.

Funkcionalita této masky je dvojího charakteru, na jedné straně se snaží vzbuzovat v ostatních nějaký dojem, přijímá jméno, získává titul či představuje úřad nebo sociální pozici. Na straně druhé je pak ochrana pravé povahy a individuality jedince vůči společnosti. Tato maska je tedy jakýmsi kompromisem mezi člověkem a společností. Persona vede ostatní i člověka samotného k přesvědčení, že je jedinečný, avšak jedná se o pouhou hranou roli zprostředkovanou kolektivním nevědomím. Zde si pomohu slovy samotného Junga (1990, 123), který tvrdí, že „*persona je to, čím někdo vlastně není, ale o čem se on i ostatní domnívají, že tím je. V každém případě se pokušení zdá být veliké, neboť persona je většinou odměňována v hotovosti.*“

Nemůžeme vnímat personu jako vždy negativní, právě díky výše zmíněnému adaptačnímu charakteru. Lidé s nerozvinutou personou nedokáží ve společnosti správně fungovat a působí jako „sloni v porcelánu“. Nebezpečným jevem je však příliš rozvinutá persona, respektive její identifikace s *Já*. Častým příkladem je identifikace se sociální rolí, s nějakým úřadem. Za všechny mluvím citát francouzského krále Ludvíka XIV. „Stát jsem já“. Lpění na personě znamená vzdání se *bytosného Já* ve prospěch vnější role. Kompenzačním mechanismem persony jsou pocity inferiority. Můžeme říci, že stín jistým způsobem kompenzuje přetvářku persony, zatímco persona vyvažuje antisociální rysy stínu (Jung, 2000b). Dynamický vztah mezi personou a stínem je typický pro konstelaci archetypálního obrazu zraněného léčitele v léčebných procesech, který je popsán ve druhé kapitole. Níže můžeme vidět již slibované schéma znázorňující Jungovu strukturu osobnosti.

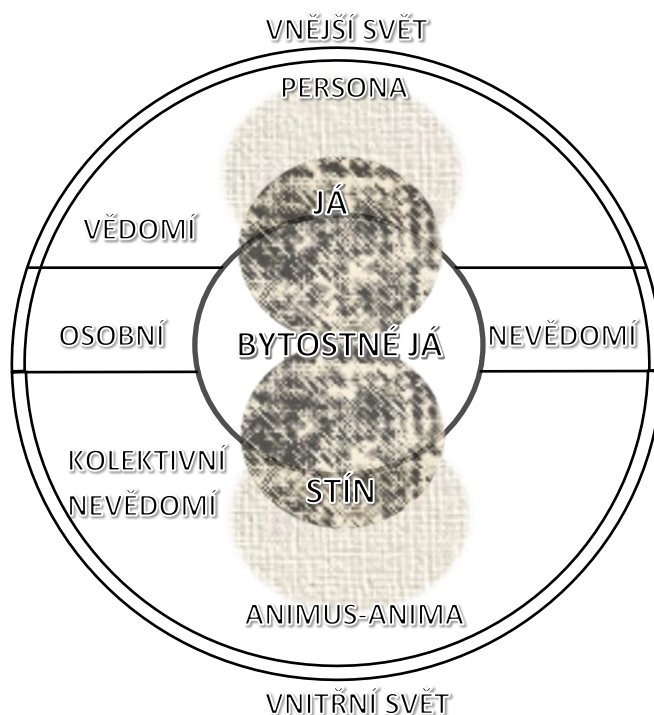


Schéma č.1. Jungova struktura psyché

2 Archetypální obraz zraněného léčitele

V této rozsáhlé kapitole vysvětluji základní myšlenky archetypálního obrazu zraněného léčitele. Nejdříve představím vývoj tohoto konceptu v historii, který posléze zasadím do výzkumného kontextu pomocí přehledu literatury. Pokračuji popisem vztahu tohoto obrazu k přenosovým a protipřenosovým mechanismům. Následně se zabývám konstelací archetypické představy zraněného léčitele v léčebném procesu. V neposlední řadě se věnuji Jungovu chápání terapeutického vztahu jako dialektického procesu a dávám ho do souvislosti s otázkami růstu a zraněnosti. Tyto otázky jsou dále rozpracovány při zkoumání procesu hojení zraněnosti v poslední podkapitole.

2.1 Vývoj konceptu zraněného léčitele

V předchozích kapitolách byly probrány archetypy v kontextu analytické psychologie, a nyní, když už je čtenář seznámen s těmito postuláty, lze přejít k hlavnímu tématu této práce.

Archetypická představa zraněného léčitele je v současnosti v zahraniční literatuře bohatě rozšířeným pojmem, který překračuje hranice analytické psychologie a zasahuje do mnoha dalších oblastí. Z toho důvodu se věnuji přehledu vývoje tohoto konstruktů ještě předtím, než přejdu k jeho detailnímu vysvětlení. Výsledky jednotlivých publikací zde nebudou blíže rozebrány.

Ačkoliv se v této podkapitole jedná pouze o vývojový přehled, je třeba pro pochopení kontextu uvést základní definici archetypického obrazu zraněného léčitele. Ústřední myšlenkou archetypické představy zraněného léčitele je, že bolest pramenící z vlastní zraněnosti a následný proces růstu a transformace, který může nastat, pokud člověk dokáže tato zranění správně integrovat, jsou klíčovými komponenty ve formování veškerých léčebných vztahů, který daný jedinec naváže (Conti-O'Hare, 1998; Guggenbühl-Craig, 2007). Konkrétnější explanace tohoto konceptu bude provedena v následujících částech.

První psaná reference o archetypickém obrazu zraněného léčitele pochází z pera Carla Gustava Junga, i když ho on sám takto ještě nenazýval. Jung používal spojení „zraněný lékař“ (Jung, 2000a). Pro archetypy je však typické, že sahají do pradávnej historie a Jung tento pojem pouze „znovu popsal“, neboť jeho projevy pod jiným označením či v mýtech existují od nepaměti.

Bez přílišného přehánění by se dalo říci, že každá terapie, která jde hlouběji, je z poloviny vlastní zkouškou lékaře, neboť jenom to, co sám u sebe korigoval, může dát do pořádku u pacienta. Není to omyl, když se cítí pacientem dotčen a zasažen. Jen v míře svého vlastního poranění je schopen léčit. Nic jiného, než toto chce naznačit řecký mytologem o zraněném lékaři⁴ (Jung, 2000a, 104-105).

Jung (1990, 256) v podobném duchu hovoří i o šamanské tradici, když říká, že:

Šamanistické techniky sami o sobě způsobují medicinmanovi velikou nepohodu, pokud ne přímo bolest. Vždyť zrod medicinmanů zahrnuje, v mnoha částech světa, takové množství agónie těla i duše, že se mohou dostavit i trvalá psychická zranění. Jejich „přiblížení se spasiteli“ je toho zřejmým důsledkem. To potvrzuje mytologickou pravdu, že zraněný zraňující je prostředkem léčení a že pouze trpitel odebírá utrpení.

Další zmínky o tomto fenoménu se nachází až v Jungově autobiografii, v posledním textu, který před svou smrtí společně s Anielou Jaffé napsal:

Psychoterapeut však musí chápat nejen pacienta; právě tak důležité je, aby rozuměl sám sobě... Terapie pacienta začíná takřikajíc u lékaře; jen tehdy, jestli pochopí to, jak zacházet se sebou a svými vlastními problémy, může to také naučit pacienta (Jung & Jaffé, 2015, 121).

Poslední Jungovo vyjádření na toto téma je již poněkud definitivnějšího rázu:

Jako lékař se musím vždycky ptát, jaké poselství mi pacient přináší ... lékař působí jen tam, kde je sám zasažen, kde se to týká jeho samého. Jen ten, kdo je zraněn, léčí. Kde však má lékař personu jako pancíř, tam nepůsobí. Beru své pacienty vážně. Snad jsem postaven před problém přesně tak jako oni. Vždyť se často stává, že pacient je přímo tou správnou náplastí na lékařovo slabé místo (Jung & Jaffé, 2015, 122).

Těchto myšlenek se nejprve ujali dva analytičtí psychologové, jejichž práci shrnuje Sedgwick (1994) do „školy zraněného léčitele“, neboť specifickým způsobem přispívali na poli výzkumu protipřenosu v post-jungíánské perspektivě. Prvním z nich byl Adolf Guggenbühl-Craig, který se věnoval tematice moci na straně lékaře. Ve svém článku *The*

⁴ Jung zde odkazuje na mýtus o Chirónovi, který jsem blíže popsal ve své bakalářské práci (Mlčoch, 2015).

Psychotherapist's Shadow (1968) poprvé používá formulaci „zraněný léčitel“, i když v jiné konotaci, nežli má archetypický obraz zraněného léčitele nyní. V tomto smyslu hovoří o archetypu „léčitel-nemocný“. Výsledkem jeho práce na toto téma je dnes již klasické dílo, které vyšlo i v češtině pod názvem *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích* (2007).

V zahraniční literatuře je archetypická představa zraněného léčitele bohatě zastoupeným tématem, jenž se objevuje už od osmdesátých let minulého století. Na práci Guggenbühl-Craiga navázal C. Jess Groesbeck vyčerpávajícím článkem *The Archetypal Image of the Wounded Healer* (1975), kde popisuje konstelaci⁵ archetypického obrazu zraněného léčitele v terapeutickém procesu. Tato práce je druhým pomyslným základním kamenem v konceptu archetypické představy zraněného léčitele. Teorii obou myslitelů se zabývám níže v této práci. Mezi tyto rané práce se řadí i článek H. J. M. Nouwena *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society* (1979), který vztáhnul tento pojem k soudobé pastorální teologii, především se věnoval problematice kázání v křesťanství a osobnosti kněží.

Nyní přistoupím k popisu přehledu literatury ohledně archetypické představy zraněného léčitele, který může sloužit jako odrazový můstek pro budoucí výzkumníky v této oblasti. Literatura týkající se tohoto tématu je velmi různorodá a každá publikace je něčím specifická, avšak pro pořádek se pokusím jednotlivé zdroje rozdělit do kategorií na základě jejich hlavního tématu, i když může toto rozdělení působit uměle, neboť značné části jednotlivých publikací se překrývají. Obecným a především teoretickým popisem archetypu zraněného léčitele se zabývají jak ucelené učebnice čistě jungiánského zaměření (Papadopoulos, 2006; Samuels, 2003; Sedgwick, 2003; Whan, 1987), tak učebnice obecně psychoterapeutické (Norcross, 2011; Rice, 2010). Přehledovou studii literatury obecného charakteru provedli Concharová a Repperová (2014). Archetypický obrazem zraněného léčitele zkoumají studie nejen z oblasti analytické psychologie, ale i z dalších psychoterapeutických směrů, jako psychoanalýza, arteterapie či tanečně-pohybová terapie (Hartley, 2008; Holmes, 1991; Jackson, 2001; McMullen, 2015). Životní příběhy psychoterapeutů či profesionálů z pomáhajících profesí vzhledem k archetypu zraněného

⁵ Pojem konstelace v jungiánském pojetí souvisí s určováním významového obsahu libida a jeho archetypálními projevy formou snů, fantazií, vizí atd. Konstelací pak rozumíme hodnotu umístění archetypální představy v okolním kontextu; např. ve snu je vždy více prvků, kterým podle jejich umístění přísluší pokaždé jiná významová hodnota. Tentýž motiv se pak může objevit jednou jako ústřední, podruhé jako vedlejší. To samé platí pro archetypické chování v rámci terapeutického vztahu (Jacobi, 2013).

lčitele jsou rovněž častým zájmem výzkumníků (S. K. Farber, 2017; Martin, 2011; Schonau, 2012; Thangathurai, 2015).

Širokým okruhem jsou práce zaměřené na zkoumání archetypického obrazu zraněného léčitele v psychotherapeutickém procesu, od výše zmíněné konstelace v analytickém pojetí až po protipřenosovou problematiku (Baehr, 2005; Cain, 2000; Hayes, 2002; Viado, 2016). Protipřenosem u vzorku jungiánsky orientovaných analytiků se zabývá práce Burdyho (2015) a jungiánský pohled na protipřenos nabízí i Sedgwick (1994). Protipřenosové otázky v kontextu archetypického obrazu zraněného léčitele se více či méně objevují ve většině prací, výše zmíněné však kladou na tuto oblast větší důraz.

Do této kategorie spadají i práce zabývající se sebeodhalením v psychoterapii. Na toto téma existuje již značný počet souborných monografií, které pracují s konceptem archetypické představy zraněného léčitele (Bloomgarden & Mennuti, 2010; Derlaga & Berg, 1987; B. A. Farber, 2006; Hill & Knox, 2002; Stricker & Fisher, 1990). Někteří autoři jsou více přístupní odhalování vlastní zraněnosti, jiní nabádají k opatrnosti a stanovují jasné podmínky, kdy by k němu mělo docházet. Jinak se k tomuto tématu staví dynamické terapeutické směry (Geller, 2003) a jinak směry behavioristické (Sturges, 2012). Experiment zaměřený na pozorování efektu sebeodhalení a jeho vlivu na hloubku terapeutického vztahu provedli Myers a Hayes (2006).

Velmi bohatým okruhem je literatura zaměřená na zraněné léčitele, jako přeživší (*survivors*) nějakých traumat, od fyzických zranění (Grefenson, 2013) po psychická, především z oblasti duševního zdraví (Adame, 2011; Fisher, 1994; Gilbert & Stickley, 2012; Jamison, 2014; Kottsieper, 2009; Sawyer, 2011). Pozornost je věnovaná i současným uživatelům pomáhajících profesí (*consumers*). Ve Spojených státech existuje silné hnutí spojující lidi s těmito zážitky (*Peer/consumer/survivor/ex-patient movement*), jenž se snaží bojovat o zlepšení situace a práva v rámci zdravotnického systému (Frese & Davis, 1997). Některé publikace probírají přerod přeživších do profesionálů v pomáhajících profesích (Bracey, 2002; Fox, Strum, & Walters, 1984), jiné zase hovoří o profesionálech, kteří jsou aktuálními uživateli zdravotnického systému duševního zdraví, tedy mají nějaké duševní problémy (*prosumers*) (Cain, 2000; MacCulloch & Shattell, 2009; Richards, Holtum, & Springham, 2016).

První oblastí tohoto okruhu je adiktologická problematika především spojená s alkoholem. Právě zde se rodily myšlenky terapeutických komunit a peer pracovníků v roli léčitelů, i bez nutnosti formálního vzdělání. Historický vývoj těchto léčitelů popisuje již od 18. století ve Spojených státech White (2000a, 2000b, 2011). Zajímavý článek z této sféry se věnuje problematice relapsu poradců v roli zraněných léčitelů (Jones, Sells & Reh fuss, 2009). Tedy těm, jenž se stali terapeuty po překonání vlastní závislosti, která je však později znovu pohltila.

Začleňování peer pracovníků do systému péče o duševní zdraví, jakožto efektivní součásti odborného týmu, podléhalo rovněž výzkumu (Adame & Leitner, 2008; Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006). Nárůst peer konzultantů je současným trendem napříč státy, především v rámci komunitní péče o psychicky nemocné. Podobně je na tom i Česká republika, která s tímto krokem počítá v koncepci strategie reformy psychiatrické péče (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Specifickou oblastí zraněných léčitelů v roli peer konzultantů je penitenciární sféra. Rehabilitaci vězňů skrze pomáhaní slabším spoluvězňům ještě během uvěznění popisuje Einat (2017). V resocializačních programech a svépomocných skupinách je rovněž veliké procento dříve uvězněných jedinců, kteří nyní pomáhají začlenění do společnosti ostatním (Heidemann, Cederbaum, Martinez & LeBel, 2016; LeBel, Richie & Maruna, 2015).

K výše zmiňovaným tématům se váže problematika stigmatizace, kterou v souvislosti se zraněnými léčiteli zkoumali ve Velké Británii. Jelikož stále panuje vysoká míra předsudků profesionálů vůči mentálně nemocným (Hinshaw & Stier, 2008; Nordt, Rossler & Lauber, 2006; Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007), rozhodli se výzkumníci rozvinout strategii, jak u studentů pomáhajících profesí tyto postoje snížit, a v rámci destigmatizační kampaně vzniknul film rozšiřující povědomí o principech zraněného léčitele. Po zhlédnutí filmu bylo zaznamenáno významné zlepšení postojů vůči duševně nemocným profesionálům (Hankir, Zaman, & Evans-Lacko, 2014; Hankir et al., 2017).

U pomáhajících profesí existuje zvýšené riziko zranění na straně profesionálů. Syndrom vyhoření či terciární (indukované) traumatizace se v kombinaci s konstruktem zraněného léčitele těší v posledních letech vysokému zájmu výzkumníků (Bradley, 2009; Canfield, 2005; B. A. Farber, 1990; Hardiman & Simmonds, 2013; Rabin et al., 2011). Někteří se zaměřili na konkrétní faktory v práci profesionálů vedoucí k těmto zraněním (Amundson & Ross, 2016; Clarke & Singh, 2004). Jiní zkoumali rozpoznání již zraněných

profesionálů (Emerson & Markos, 1996) či důvody vedoucí k nepřiznávání zraněnosti (Cohen, Winstanley, & Greene, 2016). Léčba těchto zranění, možnosti jejich předcházení a zachování well-beingu profesionálů, s orientací na metody psychohygieny je popisována více badateli (Dunning, 2006; Pearlman, 1995; Witmer & Young, 1996). Specifickým případem zranění může být i terapeutův žal nad smrtí klienta (O'Brien, 2011).

Několik studií archetypické představy zraněného léčitele je vztaženo ke sféře pečovatelské, především v oblasti lékařství (Barker, Manos, Novak, & Reynolds, 1998; Conti-O'Hare, 1998, 2002; Corso, 2012; Hall, 1996, 1997). Stinné stránky archetypické představy zraněného léčitele jsou popsány na případech laterálního násilí na pacientech u zdravotních sester (Christie & Jones, 2014; Swafford, 2014). Neméně zastoupena je však oblast sociální práce (Gerlach, 2015; Newcomb, Burton, Edwards, & Hazelwood, 2015; Zosky, 2013). Aplikací archetypického obrazu zraněného léčitele do paliativní péče se zabývají Laskowski s Pellicorem (2002) a Michael Kearney (1996). Některé studie však byly orientovány i na pozitivní dopady zranění, na prohloubení empatie (Brady, Bambury, & O'Reilly, 2015; Gair, 2012) či na posttraumatický růst (Rold, 2016).

Značná pozornost je věnována motivaci studentů v pomáhajících profesích pro výběr tohoto oboru, či už praktikujících profesionálů (Bager-Charleson, 2010; Barnett, 2007; Barr, 2006; B. A. Farber, Manevich, Metzger, & Saypol, 2005; Murphy & Halgin, 1995; Norcross & Farber, 2005; Rice, 2010; Sussman, 1992). Mapování osobního života a mezilidských vztahů vzhledem k výběru pomáhající profese je velmi častým záměrem výzkumníků (Elliott & Guy, 1993; Fussell & Bonney, 1990; Levine, 2017; Maeder, 1989).

S touto motivací je úzce spjata oblast psychoterapeutických výcviků a supervize (Mander, 2004; Regehr, Stalker, Jacobs, & Pelech, 2001; Wheeler, 2007; Wheeler & Richards, 2007). Tito autoři se věnují tomu, zda jsou schopni výcvikovní vedoucí či supervizoři zraněné léčitele rozpoznat, a pokud ano, jakým způsobem na ně reagují. Rovněž zkoumají vhodný způsob pro vzdělávání a vedení zraněných jedinců (Arnaud, 2017; Graves, 2008; Jansen & Burton, 2011; G. A. Miller, Wagner, Britton, & Gridley, 1998). Etické aspekty během výcviku zraněných léčitelů zkoumal Hadjiosif (2015).

Již byla zmíněna práce Henriho Nouwena (1979), který položil základy výzkumu archetypické představy zraněného léčitele v pastorální teologii v osmdesátých letech. K jeho odkazu se však teologové v poslední době velmi často vrací (Nolte & Dreyer, 2010).

Zkoumají sebepojetí kněží (Garrison, 2014) i stinné aspekty archetypické představy, které je mohou zformovat do role falešných proroků (Means, 2002). Jiní popisují přijetí zraněnosti skrze sebeuvědomění na cestě k emoční celistvosti a rezilienci (Allain-Chapman, 2013; Nolte & Dreyer, 2009).

Posledním okruhem je mezikulturní pojetí archetypické představy zraněného léčitele (Benziman, Kannai, & Ahmad, 2012). Brazilská psychoterapeutka Comas-Díaz (2005) nabízí pohled imigranta překonávající nástrahy jiného kulturního prostředí. Jihoafrický lékař Ramphele (2008) hovoří o potřebě popularizovat psychologickou vědu, neboť v jeho zemi přetrvává kulturní pojetí psychických nemocí jako posednutí duchy či předky. Součástí transkulturního pohledu je i oblast mytologie. Vzhledem k archetypální povaze zraněného léčitele je určitá část mytologického zobrazení použita ve většině prací. Tito autoři však kladou ve svých publikacích důraz právě na tuto oblast (Downing, 1990; Kirkmayer, 2003; Starý, 2000).

Archetypický obraz zraněného léčitele ve vztahu k šamanismu byl rovněž zkoumán, neboť i Jung nastínil jisté vzájemné paralely šamana a terapeuta. Většina myslitelů se zde věnovala procesu šamanské iniciace, která nejprve zahrnuje onemocnění šamana. Teprve když ho sám překoná, tak se z něj stane léčitel druhých. Mezi tyto autory řadíme jungiánské analytiku J. Halifaxe (1982) a J. Merchanta (2012)

2.2 Protipřenos

V předchozí podkapitole jsem zmínil, že se téma protipřenosu vyskytuje ve velkém počtu, ne-li ve většině prací ohledně archetypického obrazu zraněného léčitele. Níže vysvětluji proč.

Termín protipřenos poprvé použil v roce 1910 Sigmund Freud, který o něm hovoří jako o „důsledku vlivu pacienta na lékařovy nevědomé pocity“ (1997, 94). Protipřenos je úzce spjatý s pojmem přenos, který je jedním z ústředních pojmů psychoanalytické teorie a nyní je hojně používán napříč psychologickým spektrem. Přenosem z jungiánského hlediska rozumíme specifickou formu projekce ze strany analyzanda na analytika, která nastává během terapeutického procesu. Jedná se o nevědomé, emocionální pouto buď negativního, či pozitivního charakteru (Jung, 2000b).

Všechny projekce vyvolávají protiprojekce tam, kde si objekt neuvědomuje vlastnost projikovanou subjektem. Jung (2000a, 208) tvrdí, že i „analytik odpovídá na přenos protipřenosem, když přenos projikuje obsah, jež si lékař sám neuvědomuje, ale který u něj přesto existuje. Protipřenos je tudíž stejně užitečný a smysluplný nebo je stejnou překážkou jako přenos pacienta.“

Jungovy názory na přenos i protipřenos se během jeho života vyvíjely, a mnohdy jsou jeho výroky v přímém rozporu. Na počátcích, pravděpodobně vlivem Freuda, zastával názor, že přenos je alfou a omegou terapie. Později přišel s inovativním přístupem k přenosu ze strany analytika (tj. protipřenosem). Následně se k přenosu stavěl velmi negativně a nepřisuzoval mu v terapeutickém procesu téměř žádnou roli. Jungovy poslední zmínky tohoto pojmu se však navrací k jeho prvotním tezím, že přenos i protipřenos jsou nepostradatelnými součástmi každé analýzy (Sedgwick, 1994).

Freud vnímal protipřenos jako něco negativního, co musí být na straně lékaře zcela odstraněno. Je však pravděpodobné, že tak činil hlavně z obavy, že rodící se psychoanalytické hnutí ztratí kredibilitu veřejnosti. I Jung zastával v jednu chvíli toto chápání, což se odrazilo v jeho myšlence „psychické infekce“. Jung hovoří o možnosti jakési infekce a otrávení pacientovými projekcemi. Díky tomu, že emoce jsou zakořeněny v sympatickém systému a přenos je silné emocionální pouto, existuje podle něj možnost narušení tohoto systému i v těle analytika. U terapeuta tak může dojít k doslovnému přenesení pacientových emocí a propuknutí nemoci samotné. Dokládá to na pozorování zvláštních somatických nemocí u terapeutů, které však nezapadaly do žádné symptomatologie (Freud, 1997; Jung, 1992). Jung (1992) do jisté míry této infekci přisuzuje charakter nevyhnutelnosti:

V psychoterapii sama skutečnost, že pacient má emoce, má vliv na lékaře, i když on sám se úplně distancuje od emočních obsahů pacienta. A je velkou chybou, jestliže si lékař myslí, že se nad to dokáže sám dostat. Nemůže udělat více než to, že si uvědomí skutečnost, že to má na něj vliv (149).

Je zajímavé, že ačkoliv sám Jung protipřenos v terapii využíval, v jeho pracích je toto slovo použito pouze minimálně. Mnohem častěji hovoří v obrazových souvislostech či myšlenkách, jako je tomu například v jeho alchymistickém znázornění přenosu *Rosarium*

Philosophorum (Jung, 2000b), u myšlenky zraněného lékaře či v konceptu psychické infekce (Sedgwick, 1994).

Z pozdních Jungových poznámek na toto téma lze usuzovat, že protipřenos vnímal jako nedílnou součást přenosu, neboť oboje se nevyhnutelně odehrává v terapeutickém vztahu, a proto neměl potřebu ho dále vymezovat. V této souvislosti bychom mohli popsat konstrukt zraněného léčitele jako archetypální obraz, jenž se konsteluje během léčebného procesu, který má jak přenosovou, tak protipřenosovou část. Z toho vyplývá, že pokaždé, když archetypickou představu zraněného léčitele používáme v interpersonální konotaci, je namísto otázka přenosu na straně pacienta a protipřenosu na straně terapeuta (Sedgwick, 1994).

Problematika protipřenosu je více rozpracována Jungovými následníky, avšak je třeba dodat, že celková pozornost v analyticky orientované literatuře ustupuje jiným tématům. Ucelený přehled jednotlivých přístupů k protipřenosu je výstižně nastíněn v knize Davida Sedgwicka *The Wounded Healer: Countertransference from a Jungian Perspective* (1994). Sedgwick (1994) přichází s troufalou tezí, když říká, že protipřenos může být použit nejen jako sekundární technika, nýbrž jako metoda primárního charakteru v analyticky orientovaném terapeutickém přístupu.

2.3 Konstelace zraněného léčitele v léčebném vztahu

Ve vývojovém přehledu archetypálního obrazu zraněného léčitele jsem jako průkopníky tohoto konceptu zmínil Adolfa Guggenbühl-Craiga společně s C. Jess Groesbeckem. Níže přibližuji jejich teze.

Guggenbühl-Craig se zabývá stínovou stránkou profese psychoterapeuta a dochází k zajímavé konkluzi. Pojímá psychoterapii jako kombinaci lékařské a pastorální činnosti. V medicíně je stínovou postavou k lékaři „šarlatán“ a v kazatelství „falešný prorok“. V psychoterapii zaujímá hlavní roli postava, kterou Guggenbühl-Craig označuje jako šířitele uvědomění, „světlohoše“. Stínovým protikladem je pak, společně s aspekty šarlatána a falešného proroka, jakýsi šířitel nevědomí, „temnonoš“ (Guggenbühl-Craig, 2007).

Bez debat lze konstatovat, že setkání pacienta a lékaře je archetypického charakteru, neboť k němu dochází od nepaměti. Již z předchozí kapitoly víme, že archetypy jsou

dvoustranné konstrukty, zahrnující jak vědomé, tak nevědomé aspekty. Přínos v Guggenbühl-Craigově přístupu spočíval v zaměření se na polaritu archetypu, který se konsteluje v léčebném procesu. Neexistuje podle něj archetypický obraz nemocného a archetypický obraz léčitele, nýbrž pouze archetypální představa léčitele-pacienta. On sám se o něm vyjadřuje jako o archetypickém obrazu *léčitel-nemocný* (Guggenbühl-Craig, 2007). V tomto textu používám pojmy léčitel, doktor, lékař a psychoterapeut jako synonyma, neboť zde představují osobu, ke které se pacient či klient v rámci léčebného procesu vztahuje.

Tento archetypální obraz je u pacienta aktivován pokaždé, když je nemocný. Nejde pouze o konstelaci v psychoterapeutickém vztahu, ale v jakémkoliv léčebném vztahu. Nemocný pak vyhledá vnější pomoc u lékaře, avšak zároveň dochází k probuzení jeho vlastního intrapsychieho léčitele, určité vnitřní „léčebné síly“. Tuto sílu však zatím pacient nedokáže použít pro svoje uzdravení. Pakliže nedojde k akci tohoto vnitřního léčitele, nemohou být zranění a nemoci vyléčeny navzdory výborné kompetenci externího lékaře. Guggenbühl-Craig to dokládá na příkladech úmrtí na zápal plic, přestože je to již nemoc léčitelná. Podle něj jde o takové případy, kdy doktoři konstatují něco na způsob: „On sám se nechtěl uzdravit“ nebo „Přestal bojovat, jeho vnitřní rezistence odpadla.“ atd. Na základě toho konstatuje, že nejen pacient má v sobě lékaře, ale i lékař pacienta (Guggenbühl-Craig, 2007).

Problém však nastává, když je jedna polarita tohoto archetypu vytěsněna do nevědomí a dochází k rozštěpení archetypu. Nevědomě vytěsněná část archetypu je pak projikována na vnější svět. Nemocný může projikovat svého vnitřního léčitele na lékaře stejně tak, jako lékař může svou zraněnost promítat do pacienta. Pokud ani jeden není schopen sjednotit v sobě druhou část vzniklé dichotomie, dochází k ustrnutí v léčebném procesu (Guggenbühl-Craig, 2007).

Na základě tohoto ustrnutí může vzniknout identifikace s danou částí archetypu a ta může vyústit až v inflaci. Na straně pacienta dochází k potlačení jeho vnitřního léčitele a pacient se pak dostává do pozice pasivního recipienta léčby. Vědomě či nevědomě se začne spoléhat na lékaře a přesune na něj veškerou svoji odpovědnost. Jeho nemoc se ho netýká a jsou to vnější lékaři, kteří ho mají uzdravit. Takový pacient se pak projevuje slepou poslušností a postojem, ve kterém věří, že pokud bude brát předepsané léky a řídit se daným režimem,

dojde k jeho uzdravení. Bez vlastní angažovanosti se pak může stát „věčným pacientem“ (Guggenbühl-Craig, 2007; Kirkmayer, 2003).

V tomto momentě vchází na straně terapeuta do hry již výše zmíněné trio falešný prorok, šarlatán a temnonoš. Při této identifikaci se lékař se domnívá, že se ho nemoci a zranění netýkají. Vše se může vystupňovat až do pocitů omnipotence a ominiscence, což se projeví identifikací s archetypem spasitele a vzniká božský komplex. Lékař se pak pokládá za toho, kdo léčí, nikoliv za pouhého zprostředkovatele léčebné síly, která ho přesahuje. Stává se knězem, jenž se domnívá, že je sám bohem. Následně nedokáže v pacientovi probudit jeho vnitřního léčitele a dochází ke štěpení archetypu na lékaře pouze – léčitele a pacienta pouze – nemocného (Guggenbühl-Craig, 2007).

Této přehnané identifikaci podle Guggenbühl-Craiga napomáhá i soudobá sociální prestiž a glorifikace lékaře jako někoho, kdo má moc nad životem a smrtí. U psychoterapeutů lze konstatovat podobnou pozici, neboť jsou vystaveni tlaku společnosti do role vševědoucích, například na základě práce se sny, nevědomím, duší či smrtí. Je od nich pak očekáváno, že o těchto tématech vědí více nežli ostatní lidé (Guggenbühl-Craig, 2007). Lákavost pomyslného pozlátka je veliká a terapeut by se měl mít vždy na pozoru před sklouzáváním do pozice experta.

Nyní ještě jednou blíže popisují proces konstelace archetypického obrazu zraněného léčitele na níže uvedeném schématu. Jedná se o kombinaci myšlenek Groesbecka, Guggenbühl-Craiga a Papadopoula (1975; 2007; 2006).

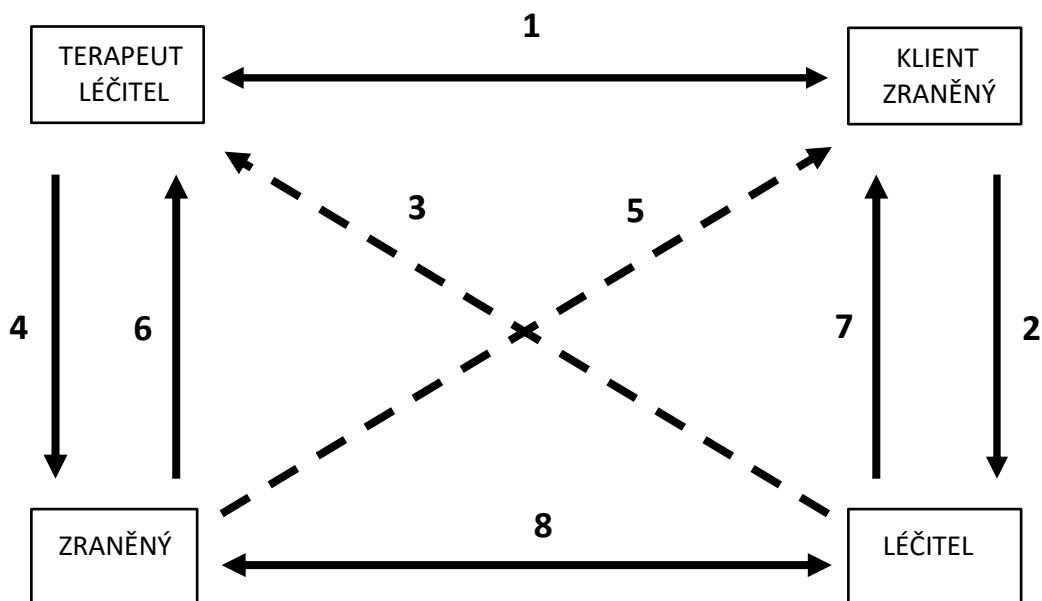


Schéma č. 2. *Konstelace archetypu zraněného léčitele v terapeutickém procesu*

Horní dvojice obdélníků představuje vědomě vnímanou pozici, ve které se jedinci na počátku terapeutického procesu nacházejí. Spodní obdélníky jsou zpočátku nevědomého charakteru. Na začátku léčebného procesu hledá klient nějakého vnějšího terapeuta ale i terapeut hledá klienty, protože je to jeho profese. První šipka odpovídá vědomému spojení terapeuta s klientem. Představuje terapeutický vztah jako takový a sociální pouto, které činí terapii vůbec možnou. Terapeut se zde prezentuje plnou autoritou svého povolání, výcvikem, reputací, atestací atd. (Groesbeck, 1975; Papadopoulou, 2006).

Díky samotné nemoci se u klienta aktivuje jeho vnitřní léčitel, který však není integrován do vědomí a plně využit pro vlastní účely uzdravení, nýbrž je projikován na terapeuta a následně konstelován jeho personou. Tento proces bychom taktéž mohli označit jako přenos a je znázorněn druhou a třetí šipkou. Taktéž v terapeutovi dochází díky styku s nemocným klientem k aktivaci jeho vnitřní zraněné stránky, představující všechny nevyřešené psychické i somatické problémy. Tato zraněná část archetypu je projikována do vědomého obrazu klienta namísto toho, aby byla obsažena uvnitř terapeuta samotného. Tuto skutečnost lze chápat jako protipřenos a v grafu je zastoupen šipkami 4 a 5. Pokud terapeutický vztah setrvává v tomto bodě, nemůže dojít k reálnému uzdravení klienta a může docházet k výše zmíněným identifikacím (Groesbeck, 1975; Guggenbühl-Craig, 2007; Papadopoulou, 2006).

Aby v léčebném procesu mohlo dojít k posunu, musí se projekce lékařovy osoby stáhnout. Předpokladem toho je však nutnost kontaktu terapeuta se svojí vlastní zraněností a přenesení tohoto spojení do vědomí. Jedná se o komplexní přístup k bolestivým či vytěsněným zkušenostem, jejich chápání v životním kontextu jedince a jeho postup při léčení těchto ran. Nejde však o pouhé povrchní uvědomění si zranění, ale o samotnou práci na něm. Opravdové uzdravení se pak dostaví, jakmile terapeut dokáže dostat klienta do styku s jeho vlastním vnitřním léčitelem, namísto aby byl projikován směrem k němu. Klient musí porozumět svému potenciálu být „něčím jiným než klientem“. Tyto finální procesy jsou znázorněny šipkami 6 a 7. Šipky 4 a 5 jsou šrafované, protože jejich odstranění je prerekvizitou dalšího rozvoje léčebného procesu. Osmá šipka pak představuje propojení terapeuta a klienta skrze celé kolektivní nevědomí, stojí na ní veškeré základy léčebného vztahu jakožto archetypického procesu (Groesbeck, 1975; Papadopoulos, 2006).

Věřím, že z výše uvedených poznatků je nyní čtenáři objasněn léčebný proces, který je jedním z projevů působení archetypálního obrazu zraněného léčitele. Od dob Groesbecka s Guggenbühl-Craigem se tato koncepce nijak výrazně nezměnila, neboť ji většina badatelů, která se konceptem zraněného léčitele zabývala, bez větších výhrad přijímala. Jejich pojetí totiž koresponduje se základními postuláty Junga na témata s tímto konstruktem spojená, převážně se znázorněním přenosu v obrazové kolekci *Rosarium Philosophorum* (Jung, 2000b)

2.4 Dialektický přístup analytické psychologie

Jedna z možností, která přispívá k rozetnutí bludného kruhu vzájemných projekcí, je metoda přistupování ke klientovi v terapii, kterou Jung nazval *dialektickou*. Tento přístup byl svého času revolučním obratem, neboť psychoanalýza používala metodu opačnou. Psychoanalytik seděl mnohdy za pacientem, byl mimo „dění“ a svůj protipřenos tvrdě popíral. Rozhodně se nejednalo o rovnocennou pozici (Stevens, 1996). Ve vztažení na archetypální obraz zraněného léčitele by potom toto rozdělení moci mohlo vést k již zmíněným identifikacím s určitou polaritou archetypu.

Jung chápe dialektický přístup v terapii jako proces, kterého se účastní terapeut i klient stejnou měrou. Nejen, že oba sedí ve stejné místnosti čelem k sobě a jsou propojeni vzájemným nevědomým poutem (přenos a protipřenos), ale jsou považováni za sobě rovné.

Terapeut je rovněž aktivním elementem v terapii. Nejde tedy o vztah mistra k učňovi, ale o vztah člověka jako takového vůči druhému, kterého vnímám jako bratra (Jung, 2000a; Samuels, 2003). Je důležité poukázat na samozřejmost, že terapeut či jakýkoliv jiný odborník má praxi, znalosti a zkušenosti odlišné od klienta, a z tohoto pohledu vztah ani rovnocenným být nemůže. Jde však o vzájemnost v hlubším slova smyslu, stav nahoty, ve které jsme si všichni, jako lidské bytosti, rovni.

Larisey (2012) přirovnává konstelaci archetypu zraněného léčitele, tudíž i roli terapeuta v dialektickém přístupu, k biblickému obrazu, kdy Ježíš u poslední večeře myje svým učedníkům nohy, i přes protest svatého Petra. Ježíš přitom říká:

„Když tě neumyji, nebudeš mít se mnou nic společného.“ Když jim umyl nohy a oblékl si svůj šat, opět se posadil a řekl jim: „Chápete, co jsem vám učinil? Nazýváte mě Mistrem a Pánem, a máte pravdu: Skutečně jsem. Jestliže tedy já, Pán a Mistr, jsem vám umyl nohy, i vy máte jeden druhému nohy umývat. Dal jsem vám příklad, abyste i vy jednali, jako jsem jednal já. Pravím vám, sluha není větší než jeho pán a posel není větší než ten, kdo ho poslal.“ Bible: Jan 13:1-16.

Tím poukazuje na skutečnou vzájemnost v terapeutickém procesu – nejen já myji nohy klientovi, nýbrž i klient myje nohy mně.

Cílem a principem dialektického přístupu však není jenom vzájemnost v terapeutickém vztahu, ale jak již použité adjektivum napovídá, spojení osobností terapeuta a klienta v následné syntéze. Osobnost terapeuta hraje podle Junga (1966, 88) v psychoterapii zásadní roli: *„Nejen že každý psychoterapeut má svoji vlastní metodu, on sám je tou metodou. Ars requirit totum hominem⁶, říká starý mistr. Tím velikým léčebným činitelem v psychoterapii je lékařova osobnost.“*

Stejně tak i Guggenbühl-Craig (2007) dodává, že psychoterapeuti pracují pomocí své duše a naše metody, techniky či zařízení jsou druhotné. Přílišná víra v zázraky moderní technické medicíny může vést k již zmiňované neangažovanosti ve vlastní nemoci a k ustrnutí v rozštěpené pozici „zraněného“. Jung sám se pozastavuje nad převládajícím názorem, že jakákoliv jiná nežli kolektivně uznávaná léčba, jakožto účinná a ověřená, je považována za chybnou. V trefném přirovnání říká, že „v tomto smyslu poskytl starý

⁶ Umění vyžaduje celou osobu.

hypnotismus nebo ještě starší animální magnetismus principiálně totéž, co dnešní technicky dokonalá analýza nebo léčba amulety primitivního šamana. V těchto případech záleží pouze na víře terapeuta v určitou metodu. Víra v metodu je rozhodující.“ (Jung, 2000a, 18). A jak jsem v předchozím odstavci demonstroval Jungovým výrokem, v psychoterapeutickém vztahu je tou hlavní metodou sám terapeut. Jung se tím snaží říci, že nezáleží na metodách alopaticky či homeopaticky orientované léčby, nýbrž na terapeutovi samotném. Zranění v souvislosti s archetypálním obrazem zraněného léčitele může mít jak o psychickou, tak somatickou povahu.

Nyní se vrátím k syntéze jako k vyústění dialektického přístupu. Jung tento proces chápe jako finální a transformační fázi terapeutického vztahu. Pro nejlepší vstřebání této myšlenky poslouží čtenáři studium výše zmiňované obrazové kolekce *Rosarium Philosophorum* (Jung, 2000b). Jisté analogie obsahuje i proces individuace, když dochází k sjednocení archetypálních figur anima a animy. Ústředním procesem v terapii na hlubinné úrovni je právě tak jako u individuace ono transsubjektivní spojení a zážitek opačných pólů archetypické představy zraněného léčitele (Grosbeck, 1975; von Franz, 1998). Opět si pomůžeme slovy Junga:

Když se setkají dvě osobnosti, je to jako míchání dvou rozdílných chemických substancí: pokud vůbec nějaká kombinace nastane, obě jsou transformovány. Proto je při každé efektivní psychologické léčbě lékař vázán k ovlivňování pacienta. Toto ovlivňování se však může odehrát pouze tehdy, pokud má pacient reciproční vliv na lékaře. Nemůžete uplatnit žádný vliv, pokud sami nejste náchylní k ovlivnění. Ze strany doktora je pošetilé, aby se stranil vlivu pacienta a zahaloval se do kouřové clony své autority. Pokud tak činí, odebírá sám sobě možnost použití nesmírně důležitého způsobu informací. (Jung, 1966, 71)

Co tedy syntéza protikladných pólů znamená s ohledem na archetypickou představu zraněného léčitele, na dvojici nemoc-zdraví? Již jsme zmínili, že samotné zranění jako takové k integraci tohoto pólu nevede, nýbrž je to proces uzdravení či uvědomění z tohoto zranění vyplývající. Tato perspektiva staví do popředí fakt, že naše vlastní rány a bolest nejsou něčím, co se má překonat nebo schovávat, avšak spíše přijmout jako integrální část naší existence. Nelze z toho však vyvozovat závěr, že být zraněný je to právě zdraví. Spíše fakt, že být zraněný je součástí pravého zdraví stejně tak, jako přijetí toho, že některé rány se zacelí a jiné nikoliv. Je to právě ona uvědomělost vlastního zranění v kombinaci s obecnou zranitelností lidstva, jakožto existenciální možností, která je cestou k sjednocení

obou částí archetypu zraněného léčitele (Baehr, 2005; Downing, 1990; Zerubavel & Wright, 2012).

Zážitek zraněnosti tedy nečiní terapeuta méně schopným pracovat s klientovými problémy a nemocí, právě naopak, činí z něj rovnocenného partnera v léčbě. Stejně tak, jako se terapeut angažuje v léčbě klienta, klient se angažuje v procesu léčby u terapeuta. Každý terapeutický vztah tedy může být transformativním pro oba jeho účastníky. V tom tkví idea dialektického procesu s ohledem na archetyp zraněného léčitele (Benziman et al., 2012).

V terapeutickém vztahu tedy není rozdíl mezi jeho participanty. Oba jsou zranění a oba jsou léčitelé. Pokud nastane uvědomění zraněnosti u terapeuta, dojde i ke stažení protipřenosových projekcí této části archetypu na klienta a dříve rozštěpený archetyp se může sjednotit. Jedině tím způsobem lze skutečně aktivovat vnitřního léčitele uvnitř klienta a dosáhnout sjednocení archetypových polarit i u něj. Až poté dochází k syntéze a transformaci (Guggenbühl-Craig, 2007).

Na základě Jungova dialektického přístupu jsem objasnil, jakým způsobem dochází podle konceptu archetypu zraněného léčitele k uzdravení v terapeutickém procesu. Poukázal jsem na to, že zranění nemusí být pouze vnímáno jako veskrze špatná a škodlivá součást života, avšak může být naším učitelem a průvodcem, a pokud jej správně posloucháme, může být podnětem pro osobnostní růst.

2.5 Proces hojení zraněnosti

V předchozích kapitolách jsem zmínil, že z hlediska archetypálního obrazu zraněného léčitele je jistý zážitek zraněnosti nezbytný pro správné fungování v rámci léčebného procesu. Blíže jsem však nspecifikoval proces vedoucí k zhojení a integrování těchto ran do efektivního rámce. V této podkapitole přiblížím způsoby, jakými se jedinec se svým zraněním vypořádává.

Podle Zerubavel a Wright (2012) se vnímání významnosti léčitelovy zraněnosti odvíjí od dvou dimenzí. První je charakteristika samotné rány, která může být spojena s určitým druhem stigmatu nebo sociální tabuizací. Druhou je pomyslná jizva, která vzniká důsledkem zranění a ukazuje, do jaké míry je jedinec poznamenaný touto ránou a do jaké míry je vlastně rána zhojena. Tyto faktory mohou ovlivňovat jedincovu míru pocitu zraněnosti, kvalitu

zvládnání distresu, odpovědi na možné opětovné spouštěče bolesti spojené se zraněním a v poslední řadě také míru viditelnosti emočního doprovodu spojeného se zraněním.

Výstižným symbolickým přirovnáním k procesu léčení psychické zraněnosti je způsob, jakým se tělo vyrovnává s fyzickými zraněními. Na počátku je otevřená rána, která je čerstvá, nejvíce bolestivá a náchylná k infekci. Postupem času se začne vytvářet strup, který však není ještě dokonale zacelen a může dojít k jeho strhnutí a znovuotevření rány. Poslední fází je jizva, která sice není již otevřenou ranou, ale čas od času zabolí a připomene nám původní ránu. Jizva je taktéž viditelným pozůstatkem zranění (Nouwen, 1979; Zerubavel & Wright, 2012).

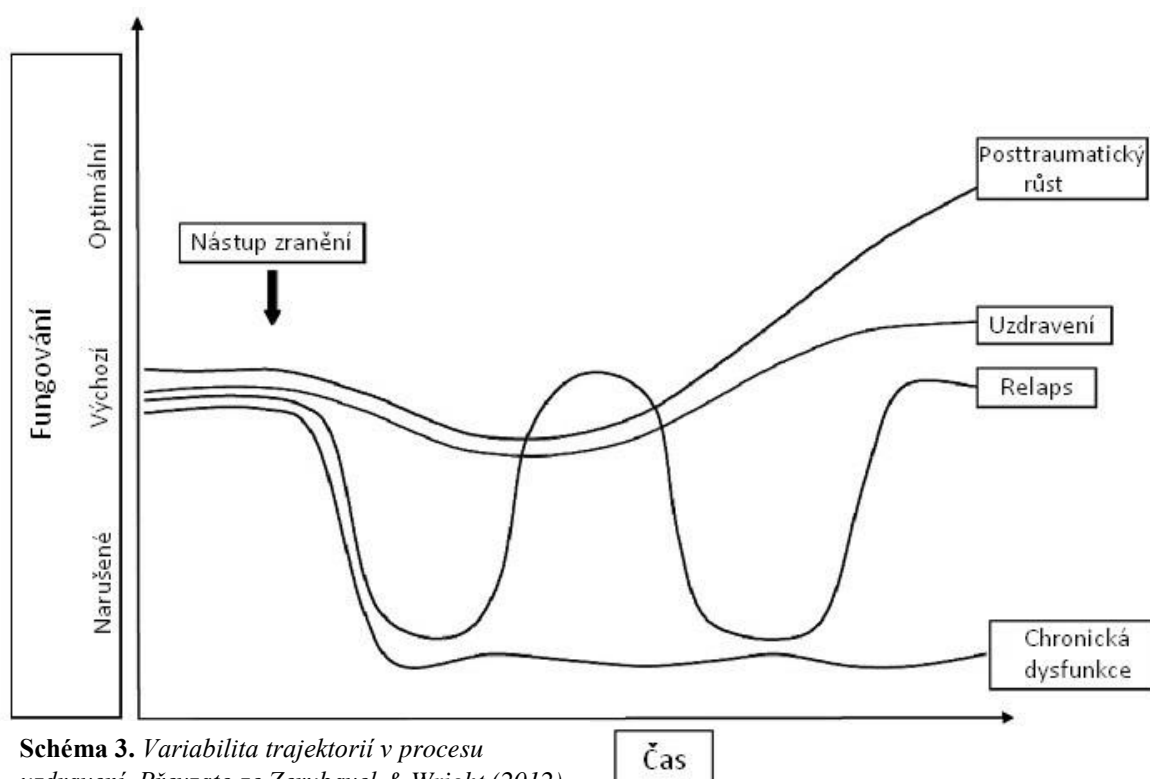


Schéma 3. Variabilita trajektorií v procesu uzdravení. Převzato ze Zerubavel & Wright (2012)

Do záporně laděných křivek můžeme řadit trajektorii chronické dysfunkce a relapsu. Pokud jedinec není schopen konstruktivním způsobem ošetřit svou ránu, buď sám, nebo vyhledáním pomoci, může dojít k výraznému narušení jeho schopností. To se může projevit snížením efektivity a zvláště v rámci pomáhajících profesí může mít tato skutečnost závažný dopad na klienta. Zvýšené riziko relapsu mají zranění léčitelé, kteří se pohybují v oblasti adiktologie a sami mají zkušenost se závislostí. Dalším příkladem relapsu mohou být opakované depresivní epizody. U jedinců trpících chronickým zraněním závisí na

charakteru rány, neboť některé mohou mít neblahý dopad na léčebný proces (dystymie) a jiné nikoliv (Zerubavel & Wright, 2012).

Trajektorie s pozitivnější konotací představují křivky uzdravení a posttraumatického růstu⁷. Mnozí terapeuti, kteří prošli nějakou zraněností a identifikují sami sebe jakožto zraněné léčitele, nahlíží na své těžké životní zkušenosti jako na transformační, které vedly k hlubokému osobnímu a profesnímu růstu (Zerubavel & Wright, 2012). Nelze však určit, čemu všemu vlastně vděčí za to, že se jejich cesta ubírala směrem k uzdravení a růstu, namísto relapsu a chronické dysfunkce.

Výše popsané trajektorie zraněnosti však předpokládají zásadní fakt, a totiž povědomí o zranění a z něj plynoucí případné zraněnosti. Jak zranění, tak zraněnost může být v mnoha případech stále neuvědomovaný fenomén, zakořeněný hluboce v implicitní paměti daných jedinců. Pokud se zaměřím pouze na psychická zranění, již od počátků historie psychoterapie vnímá Freud (1997) analýzu přenosu a následné **zvědomění** nevědomých libidózních impulsů, které v jeho pojetí představují překonání cenzury obranných mechanismů a uvolnění nahromaděné pudové energie, jako základ veškeré psychoterapeutické práce.

Tento princip zvědomování nevědomého přetrvává u většiny psychoterapeutických směrů, nejen psychodynamicky orientovaných. I behaviorálně orientované školy hovoří o korektivní emoční zkušenosti, kdy například postupnou desenzibilizací přivádějí fobické pacienty k pozitivním změnám u poruch, jež chápou jako fyziologicky zakořeněné v limbickém systému a implicitní paměti, často mající původ v prožitých iracionálních traumatech. Samozřejmě postup tohoto zvědomění, jak na kognitivní, tak na emoční úrovni se v rámci přístupů liší, včetně dalších teoretických východisek. Ačkoliv by mnozí zastánci jednotlivých směrů mohli nesouhlasit, vyabstrahovaná podstata léčení však zůstává stejná. Více či méně vědomá zranění jsou pomocí druhých vynesena na povrch a zvědoměna, nebo zasazena do zdravého adaptibilního kontextu, který klientům dává smysl a pomáhá jim.

Pokud zůstaneme u psychických zranění, výše zmiňované otevřené rány nás vedou k ošetření těchto zranění, často skrze psychoterapii. U jedinců, kteří chtějí následně praktikovat profesi psychoterapeuta, se tak děje v rámci psychoterapeutického výcviku či

⁷ Posttraumatický růst představuje kvalitativně pozitivní psychologickou změnu. Jedná se o průběh i završení procesu zvládnání náročných životních situací jako je krize, trauma atd. (Tedeschi, 2004)

v supervizi. S myšlenkou absolvování cvičné analýzy pro samotného terapeuta nepřišel nikdo jiný než Jung, podle kterého byla součástí ideje dialektického přístupu. Potřeba zvědomění základních protipřenosových témat, aby nedocházelo k destruktivní projekci na klienta, se Jungovi jevila jako nevyhnutelná podmínka pro psychoterapeutovo vzdělání. S tímto návrhem přišel za Freudem, který ho akceptoval a následně se rozšířil do takové míry, že téměř každý současný psychoterapeutický výcvik obsahuje rozsáhlou sebezkušnostní část (Jung, 2000a). Jung (1996, 161) dále komentuje potřebu terapeutovy vlastní analýzy takto:

„Jestliže si sami nerozumíme, pak je nevyhnutelné, že i druhé vidíme jen skrze zkreslující a matoucí mlhu svých vlastních předsudků a projekcí, a radíme a předkládáme jim to, co nám samým působí největší potíže. Proto je nutné, abychom nejprve jakž takž porozuměli sami sobě, chceme-li porozumět ostatním.“

Zraněnost lze z jungiánského hlediska chápat jako stínovou kvalitu. Představuje naši slabost, prohru, stigma či cokoliv, co se nám na sobě nelíbí a nemáme to rádi. Stín se nejlépe odráží projekcí na druhých. Často skrze konfrontaci s okolním světem jsme přivedeni k vlastnímu stínu, který my sami na své okolí projikujeme. Tyto projevy však mohou být díky působení osoby mylně připisovány okolí, nejsou-li rozpoznány jako vlastní stinné struktury, a mohou působit další zranění – stín prohlubovat a personu vést k inflaci.

Již bylo zmíněno, že projektivní fenomény jsou v psychoterapeutickém procesu nazývány přenosem a protipřenosem. To nás přivádí k bludnému kruhu projekcí, který byl popsán při konstelaci archetypálního obrazu zraněného léčitele v psychoterapeutickém procesu. Tyto projekce lze přerušit vědomým kontaktem s vlastní zraněností, tedy s osobním stínem. Samotný kontakt však nestačí, je potřeba, aby došlo nejprve k uvědomění stinných kvalit a následné integraci, alespoň jejich částí. Pokud se inkorporace stinné části podaří, opět se na základě dynamických kompenzatorních mechanismů psýché objevují nová témata a situace, která odrážejí další, ještě stále neuvědomované a nezpracované stinné části naší psychiky. Prací na vlastním stínu, tedy i na zraněnosti, se přibližujeme individuaci (Guggenbühl-Craig, 2007; Jacobi, 2013).

Jung kontakt se stínem chápe jako nutný předpoklad pro psychoterapeuty během jejich cvičné analýzy, když říká, že *„každý, kdo je povolán k tomu, aby provázel duše, by měl mít prvně provedenou svou vlastní duši, aby věděl, co to znamená zacházet s lidskou duší.“*

Znalost své vlastní temnoty je nejlepší metodou pro řešení temnoty v druhých lidech.“
(Jung, 2015, 237).

Podle Guggenbühl-Craiga (2007) je rozštěpení a následné sjednocení archetypálního obrazu zraněného léčitele vnitřní proces, který nezávisí tolik na vnější situaci terapeuta, avšak na jeho vlastním psychologickém vývoji a jeho schopnostech. Richard (2012) tvrdí, že výsledný léčebný proces a růst se nevyhnutelně koná skrze životní zkoušky a chyby, jako jsou traumaticky opakované zážitky, pocity zahanbenosti či vinou zatížená selhání. Tyto rány a zranění nemohou být na straně terapeuta „hrány“. Aby došlo ke skutečné aktivaci klientova vnitřního léčitele, terapeut musí být doopravdy zraněný.

Dle dialektického přístupu je léčebný proces vzájemný, a následný posttraumatický růst a transformace, pokud k nim tedy dojde, jsou syntézou obou zúčastněných osobností. Logicky pak jedna z nespočetného množství možností, jak zranění uzdravit, může být i skrze uvědomění stínu pomocí samotného klienta v rámci terapie. Tato myšlenka je základem hypotéz o nevědomých motivací pro volbu pomáhajících profesí s cílem vlastního uzdravení, kterým se věnuji v kapitole o motivaci pomáhajících profesí.

3 Motivace

Tato rozsáhlá kapitola pojednává o problematice lidské motivace. Zabývat se budu především předložením obecné terminologie, která se v oblasti motivace používá. Představím konkrétní dělení motivace, na které naváží třemi teoretickými koncepty vybraných myslitelů. Jakmile bude čtenář seznámen s těmito základními konstrukty, přejdu k detailnějšímu popisu celého motivačního procesu, který bude představen pomocí dvou teoretických modelů. V poslední kapitole přibližuji čtenáři motivaci u pomáhajících profesí. Nastíhnu prosociální chování a altruistické motivy. Od nich přecházím k motivům narcistickým. Následně odhaluji možné stínové aspekty motivace u pomáhajících profesí. Na závěr se věnuji již motivaci pouze u populace psychoterapeutů. Blíže se zde nezabývám pojetím motivace z hlediska Jungovy analytické psychologie, neboť je součástí celkového pojetí lidské psychiky, jejíž struktura a dynamika byla popsána v první kapitole. Čtenáře lze odkázat především na homeostatické kompenzační mechanismy libida, komplexy a archetypy.

3.1 Základní pojmy motivace

Motivace je v psychologii jedním z nejvíce zkoumaných témat a stále se těší velikému zájmu výzkumníků. Problematiku lidského chování a jeho důvodů se myslitelé snažili studovat již od dob antických filosofů, ačkoliv nepoužívali termín motivace, se kterým přišel až Paul Young (1936) v první polovině dvacátého století. Jelikož jde o oblast velmi rozpracovanou, neexistuje jednotící teorie ani terminologie, ve které by panovala shoda. Tuto nejednotnost lze vysvětlit i díky nemožnosti motivaci důsledně operacionalizovat, neboť je vysoce individuálního a hypotetického charakteru. Velmi zjednodušeně však můžeme za předmět motivace označit otázky zabývající se tím, proč se člověk chová určitým způsobem.

Dle Heckhausena (2012) lze na motivaci nahlížet třemi základními způsoby. První z nich ji chápe jako **souhrn individuálních dispozic** – motivů, které jsou poměrně stálé a předpokládají typický způsob reagování a chování daných jedinců v konkrétních situacích. Tento pohled chápe **motiv jako rys**. Druhý směr lze charakterizovat **aktuálním puzením k určitému jednání**, zabývá se vlivy určujícími chování v dané situaci. Třetí pojetí, někdy nazývané **volní regulace chování**, zkoumá, jak celé toto jednání probíhá směrem k cíli, od

formování cíle po intenzitu, s jakou je dosahován. Poslední dva proudy pojmají **motiv jako stav či proces**. Níže budou probrány vybrané směry.

Z procesuálního hlediska definuje Nakonečný (2014, 15) motivaci jako „*intrapyschicky probíhající proces, vycházející z nějaké potřeby a vyúsťující ve výsledný žádoucí vnitřní stav, proces, který je iniciován endogenně (vnitřní pohnutka k odpočinku vycházející z pocitu únavy) nebo exogenně (finanční pobídka k splnění nějakého úkolu)*“.

Tento proces má regulující, aktivizační a organizační charakter. Ovlivňuje intenzitu, trvání a zaměření chování k dosažení daného nebo náhradního koncového stavu uspokojení. Uspokojení je dosaženo buď ziskem něčeho pozitivního, nebo změnou existující neuspokojivé situace. Dynamika tohoto jevu je založená na souhře kognitivních i emocionálních procesů. Zjednodušeně lze motivaci chápat jako cílený projev směřovaný ke koncovému stavu uspokojení (Heckhausen, 2012; Plháková, 2004).

Již bylo zmíněno, že motivace je zahájena vnitřním nebo vnějším tlakem. Tyto tlaky jsou **potřeby**, představující rozpor mezi tím, co má být, a tím, co je. Potřeba vyjadřuje výchozí stav motivačního procesu a zároveň v sobě obsahuje tendenci k jejímu odstranění (dosažení koncového stavu skrze uspokojení) a nastolení psychické rovnováhy. Tento jev se nazývá princip ekvilibria, některé teorie pracují s pojmem homeostáza (Nakonečný, 2014).

Potřeby jsou vnitřně prožívané jako **motivy** (pohnutky). Motivy jsou hybné síly vyjadřující obsah uspokojení plynoucí z potřeb a chování, které k tomuto cíli vede. Někteří teoretici je pojmají jako osobnostní dispozice, jakožto výše popsany rys. Motiv představuje psychologický důvod chování. Jedná se o obecnější pojem než potřeba, protože zahrnuje jak potřebu samotnou, ale i příslušné chování, vedoucí k jejímu uspokojení, zatímco potřeba zahrnuje pouze tendenci k její redukci. Motivy však nejsou jediné dispozice osobnosti, které se podílí na motivačním chování, jedince mohou motivovat i postoje, hodnoty, zájmy, cíle aj. (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

Postoje představují osvojené dispozice reagovat určitým trvalým způsobem na dané podněty. Obsahují kognitivní, konativní i emocionální složku, které jsou podřízeny hodnocení vůči danému objektu, na spektru pozitivní–negativní vztah. Postoje jsou zaměřeny vůči svému objektu, zatímco motivy na dosažení cíle. Motiv představuje aktuální motivační stav, zatímco postoj je poměrně trvalý vztah jedince k prostředí a tyto stavy může

navozovat. Postoj tedy determinuje jednání, zatímco motiv je jeho příčinou. Postoje sytí většinou více motivů (Výrost & Slaměnik, 2008).

Výsledky jakékoliv nové činnosti vzhledem k již zmíněným potřebám podléhají našemu hodnocení, od čehož se odvíjí specifické **hodnoty**. Tyto nové poznatky, které byly nejdříve vně psýché daného jedince, jsou postupně internalizovány, čímž se liší od potřeby, která vyvstává z již zvnitřněné a přítomné psychické disbalance. Hodnoty jsou pro každého člověka individuální a dále se organizují do jeho hodnotového systému, který pak tvoří základ osobního vědomí a světonázoru. Hodnotový orientační systém člověka je vyabstrahovaným základem pro konkrétní postoje. Tyto postoje jsou pak jsou odrazem vztahu hodnot a motivace. Hodnoty představují nejjobecnější a nejhlouběji postavené dispozice, které určují vývoj, podobu a činnost dalších dynamických složek osobnosti, včetně potřeb, motivů, postojů cílů atd. (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

Zájmy jsou postoje charakteristické dlouhodobě zaměřenou pozorností k určitému předmětu, často činnosti, a jsou v podmíněném spojení s hodnotami, resp. cílovými objekty. Zájmy se mohou ztrácet, avšak hodnoty přetrvávají. Představit si lze studenta psychologie, který má zájem o klinickou psychologii, ovšem po absolvování praxí a zjištění, co reálně klinická psychologie obnáší, zájem opadne. Hodnoty spojené se studiem psychologie však přetrvávají, přetransformují se pouze do jiné zájmové oblasti. Zájem je, stejně jako hodnotový systém, individuální. Pokud použiji výše uvedený příklad, tak zájem o klinickou psychologii může být pro různé lidi sycen zcela odlišnými motivy. Zájmy úzce souvisí s hodnotovou orientací jedince (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

Zájmy jsou motivy, zdroji a současně i produktem poznávací činnosti. Na rozdíl od potřeb jsou zájmy získané etiologie a mají vazbu ke konkrétnímu předmětu či činnosti. Vzájemná provázanost zájmů a potřeb se projevuje především v tom, že zájmy jsou od potřeb mnohdy odvozené a uspokojují tyto potřeby právě skrze zájmovou činnost. Za zájmy tedy mohou figurovat motivy uvědomované, stejně tak jako i ty nevědomé, neboť lidé často nejsou schopni přesně vysvětlit, proč se o dané věci zajímají. Mohou se řídit iluzorním zájmem, který může být třeba i v přímém rozporu se zájmem skutečným, skrze motivy sytící zcela jiné potřeby, než mohou být jedincem uvědomovány. Důležité je vést jedince k uvědomování skutečných, a ne pouze předpokládaných zájmů (Nakonečný, 2014; Výrost & Slaměnik, 2008).

Cíle lze definovat jako kognitivní struktury, vnitřní mentální reprezentace požadovaných koncových stavů nějakých behaviorálních sekvencí. Jsou to většinou žádoucí budoucí stavy, které řídí myšlenky a jednání; dodávají životu smysl a význam. Existují tři základní pohledy na cíle. Při latentní perspektivě jsou stanovovány a dosahovány cíle bez jedince vědomí či vůle. Fenomenologický pohled na cíle představuje jedincův pohled na cíle jako racionalizaci a jejich smysluplnou mentální reprezentaci. Třetí hledisko je dáno pohledem okolí, tedy že cíle jsou významné vzhledem k interpersonálním strukturám a procesům. Jednotlivé cíle nelze pochopit bez jejich vztahu k ostatním cílům a bez jejich zasazení do kognitivního, afektivního a konativního kontextu uplatňujícím se při jejich dosahování (Austin & Vancouver, 1996; Stuchlíková & Mazehóová, 2014).

Objekt cíle je třeba odlišit od samotného cíle. Cíl zahrnuje cílový objekt, který má vlastnosti, jež mohou uspokojit nějakou aktualizovanou potřebu ve formě motivu. Rovněž však obsahuje na tento objekt zaměřený druh cílesměrné aktivity, daný aktuální motivací (přiblížení (*approach*) nebo vzdálení se (*avoidance*) objektu, spojené s uspokojením potřeby). Cíl chování je tedy spojen s dovršující reakcí, která vyvolává uspokojení. Pokud použijí opět příklad s klinickou psychologií, tak cílem bude „věnovat se klinické psychologii“. Objektem bude „klinická psychologie“, zatímco „věnovat se“ vyjadřuje zaujetí pro tento objekt a snahy přiblížit se mu. Tím je dosaženo uspokojení plynoucí z příslušné potřeby. Kognitivní reprezentace budoucího objektu však není sama o sobě ještě cílem. Teprve v momentě zaujetí určitou aktivitou zaměřenou ke kognitivní reprezentaci budoucího objektu, tedy určitého uvědomění a zvnitřnění, můžeme hovořit o tom, že byl cíl zformován a přijat. Do té doby hovoříme o jisté fantazii, o možném cíli (*goal candidate*) (Stuchlíková & Mazehóová, 2014).

Cíle lze dále rozdělit podle úsilí (*commitment*), které do nich věnujeme. **Osobní cíle** jsou takové cíle, do kterých je učiněna významná investice a jejichž dosahování je spojeno s osobní integritou. Nejsou momentálním chováním, jako třeba cíl opatřit si jídlo, ale mají delší trvání, mnohdy i desetiletí (věnovat se psychoterapii jako povolání). Jejich dosahování není zpravidla nepřerušovanou sekvencí jednání, na cestě k nim se může objevit mnoho dílčích vzájemně provázaných cílů či jednání. Jednotlivé cíle mohou mít také instrumentální povahu. Například věnování se klinické psychologii nemusí představovat uvědomovaný cíl pomáhat druhým, ale nevědomý cíl sytit vlastní narcistickou potřebu. Usilování o tyto cíle vyžaduje značnou volní regulaci, neboť je ovlivňováno nejen psychickými stavy jedince,

ale i vlivem okolí. Proto jsou cíle chápány jako rozhodující část explicitního motivačního systému, který bude popsán v následující podkapitole. Jako **motivační strukturu** označujeme konzistentní způsob volby osobních cílů a způsobů usilování o ně, který je typický pro daného jedince (Stuchlíková & Man, 2009; Stuchlíková & Mazehóová, 2014).

Endogenní příčina procesu motivace, tedy motiv, již byla popsána. Exogenní příčinu představuje **incentiva** (pobídka). Incentiva je hodnota cílového objektu představující jeho vlastnosti, které vyvolávají dovršující reakci a přinášejí uspokojení. Zda se podnět z vnějšího okolí stane incentivou záleží na osobním hodnocení a významu pro daného jedince vzhledem k aktuálnímu stavu, ale i cíli (Nakonečný, 2014).

U některých lidí může dominovat jeden motiv, ovšem chování je natolik komplexní fenomén, že většinou jde o souhru více motivů i incentiv směřující k vyšším (osobním) cílům, skrze dosažení či upuštění od cílů nižšího řádu. Tento proces je dynamický, jednotlivé motivy, incentivy i cíle mohou vznikat a zanikat. Komplikací je i fakt, že ne všechny potřeby a motivy z nich vycházející si lidé uvědomují. To nás přivádí k následující kapitole, kde blíže rozebírám implicitní a explicitní motivy, spolu s vybranými potřebami.

3.2 Vybraná dělení motivace

V rámci motivačních teorií existuje nespočet formálních i obsahových dělení motivů. Nebudu se zde věnovat zdlouhavému výčtu, avšak uvedu pouze dvě dělení, která jsou relevantní k výzkumnému záměru.

3.2.1 Implicitní a explicitní motivace

S jedním z mnoha dělení motivace přišli v 80. letech McClelland, Koestner a Weinberger (1989). Dělení na implicitní a explicitní motivační systém vychází z předchozích výzkumů v oblasti kognitivní psychologie a odpovídá konceptům dvou odlišných systémů lidské zkušenosti – emocionálně založeného implicitního systému (*Cognitive-Experiential Self Theory*) (Epstein, 1994) a kognitivně laděného explicitního systému (*Multicoding Theory of Information Processing*) (Bucci, 1985). Je třeba upozornit, že termíny implicitní a explicitní motivace jsou pouhá synonyma pojmů vědomá a nevědomá motivace. Tato

nadbytečná terminologie se z nejasného důvodu v psychologii motivace ujala, proto ji budu také používat ve své práci (Nakonečný, 2014).

Implicitní motivační systém je nevědomého charakteru, dané motivy nejsou dostupné vědomé sebereflexi. Vyvíjí se na základě emoční zkušenosti získané učením v raném dětství, před vznikem schopnosti verbalizace. Energetizují chování a usměrňují pozornost. Projevují se jako iracionální přání. Jejich frustrace může vyvolat aktivaci explicitních potřeb. Tyto motivy nelze diagnosticky zjišťovat pomocí dotazníků, nýbrž pomocí projektivních metod, v klinickém prostředí potom pozorováním (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

Oproti tomu **explicitní motivy** dokážeme popsat a vážeme je na uvědomované preference při volbě cílů a jejich zaměřování na adekvátní chování. Souvisí s mentálními reprezentacemi sebe sama a vznikají později, na základě formování sebekonceptu. Z tohoto důvodu se někdy používá termín sebezpřisuzované motivy (*self-attributed motives*). McClellandem jsou vnímané spíše jako odraz uvědomovaných hodnot než motivů. Tento systém však obsahuje řadu jiných referencí k vlastní osobě, jako jsou sebepojetí, osobní hodnoty, kognitivní přesvědčení atd. (znalost toho, co chceme, co preferujeme, kam směřujeme a kým se chceme stát). Explicitní projev chování může uspokojovat více souběžných motivů. Projevuje se jako stanovené cíle a povinnosti, reguluje volní jednání směřující k cílům. Někteří teoretici chápou explicitní cíle jako pouhý racionalizovaný projev implicitních motivů.

Tyto dva systémy existují v lidské psychice paralelně a vzájemně se ovlivňují. Když působí proti sobě, má to výrazný dopad na duševní pohodu daného jedince. Dosahování kongruence mezi implicitními a explicitními motivy je dlouhodobý proces spojený s osobnostním zráním, není jej automaticky dosaženo ontogenetickým vývojem. Konkrétní jednání je projevem vzájemné interakce těchto dvou systémů. Jsou chápány jako síly dávající do pohybu cílesměrné chování. Teorie založené na existenci a souhře implicitních a explicitních systémů se označují jako teorie duálních procesů (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

3.2.2 Intrinsická a extrinsická motivace

Pojmy intrinsická (vnitřní) a extrinsická (vnější) motivace jsou podle Nakonečného (2014) poněkud nešťastně volené, neboť je nelze jasně oddělit (veškerá motivace je totiž intrapsychická). Odpovídají termínům motivace a motivování, endogenní či exogenní původ motivace. Reflektují vztah mezi motivy a incentivami. **Extrinsické** chování je vyvoláno pobídkou z vnějšku, jsou to tedy **úkoly**, které jedinec přebírá a očekává nějakou odměnu (nebo vyhnutí se nedostatku). Příkladem může být zisk vysokoškolského titulu nebo peněz.

Naopak **intrinsická** motivace je nezávislá na vnější odměně, uspokojující jsou aktivity samy o sobě, nikoliv skrze dosažené výsledky. Příkladem může být hra, vědecké bádání či umělecká tvorba. Typicky intrinsické konstrukty jsou **zájmy**, jež byly osvětleny výše. Podstatou této motivace je lidská tendence vyhledávat novou činnost a rozptýlení a řídit svůj vlastní život. Intrinsická motivace souvisí se sebepojetím a sebehodnocením, ke kterým se pojí mnoho dalších teoretických konceptů (Bandurovo self-efficacy, Rotterovo locus of control, *Csikszentmihalyiho flow a především teorie sebedeterminace Ryana a Deciho* aj.)

Důležitým výzkumným objevem bylo zjištění Deciho (1971), že hmatatelné a předvídatelné vnější odměny snižují vnitřní motivaci k provádění subjektivně přitažlivých aktivit. Dříve intrinsicky motivovaná činnost při spojení s externí odměnou vede tedy k poklesu zájmu. Zdá se tedy, že intrinsická a extrinsická motivace v tomto pojetí jsou v antagonistickém vztahu (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

V praxi je však těžké odlišit aktivity jako čistě intrinsické nebo extrinsické. Studium psychologie pro někoho může být extrinsicky motivované získáním titulu, ovšem zároveň podložené zájmem, který je položen na intrinsické bázi. Jsou to konstrukty vzájemně komplementární a v praxi neoddělitelné – extrinsická incentiva je incentivou pouze pokud má požadovanou hodnotu cílového objektu, kterého chceme dosáhnout. Cíl však musí být již zvnitřněným motivem se snahou uspokojit nějakou potřebu (Nakonečný, 2014).

Z hlediska teorií osobních cílů lze intrinsickou motivaci chápat jako usilování jedince o cíl, jenž je konečnou satisfakcí. O extrinsické motivaci se hovoří tehdy, je-li daný cíl jen prostředkem k jinému cíli (satisfakcí je uspokojení z postupu vpřed k jinému cíli) (Stuchlíková & Man, 2009).

3.3 Vybrané motivační teorie

Již bylo zmíněno, že existuje nespočet teoretických pohledů na potřeby a motivy z nich odvozené. Opět zde selektuji pouze relevantní teorie pro záměr výzkumu. Mezi nejznámější teorie patří personologický systém Murrayho (1938), z něj odvozené implicitní psychosociální motivy McClellanda (1953; 1989), a také Maslowova hierarchie základních potřeb (1989), které nyní krátce popíši. Tyto teorie představují pohled na motivy jako dispoziční rysy osobnosti.

3.3.1 Maslowova hierarchie potřeb

Významným mezníkem ve výzkumu motivace byla komplexní hierarchie základních potřeb Abrahama Maslowa, jednoho ze zakladatelů humanistického směru psychologie. Maslow předpokládá, že jádro lidských potřeb je biologicky determinované, ovšem s vrozenými potenciály rozvoje a formované vnějšími vlivy. Maslow svoji teorii několikrát přepracoval, níže se věnuji již doplněnému osmistupňovému modelu potřeb (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

Potřeby dále rozlišuje na **deficientní potřeby** (D-potřeby), kam řadí základní fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti a potřeby uznání. Název deficientní je odvozen od toho, že vyplývají z nějakého nedostatku, který se snaží člověk svým chováním uspokojit. Řídí se tedy převážně homeostatickým principem ekvilibria. Maslow dále rozlišuje dvě úrovně těchto potřeb – nižší, kam patří první dvě potřeby, a vyšší, kam spadají zbývající dvě (Šmahaj & Cakirpaloglu, 2015).

Teprve pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, o pozornost se hlásí **růstové potřeby** (B-potřeby, metapotřeby). Tím je daná hierarchizace potřeb, pokud jsou nižší potřeby frustrovány, člověk nemá potřebu naplňovat potřeby vyšší. Růstové potřeby jsou založeny na lidské potřebě seberealizace či sebeaktualizace, tedy možnosti jedince naplnit svůj potenciál. Při jejich uspokojování se jejich intenzita nesnižuje, ale naopak roste. Lidé dosahující seberealizace zažívají stav, který představuje nejen vědomí svého plného potenciálu, ale také něčeho, co je samotné přesahuje – plného potenciálu lidstva jako celku. Jde o integrální porozumění bytí. Z toho důvodu je sebetranscendence na vrcholu hierarchie potřeb. Zde se nabízí paralela s Jungovou individuací a dosahování Bytostného Já (Plháková, 2004).

Maslowova hierarchie byla často podrobována kritice především v aspektu, že naplnění některých potřeb nemusí nutně determinovat postup k vyšším potřebám. Příkladem mohou být lidé držící hladovku za dosažení vyšších ideálů či hodnot. Později samotný Maslow (1971) připustil, že sebetranscendence není nutně podmíněna uspokojením nižších potřeb. I přesto má však Maslowova teorie mnoho přetrvávajících slabin.

Maslow navazuje na hierarchii potřeb rozlišením dvou úrovní hodnot, na **deficientní** (D-hodnoty) a **růstové** (B-hodnoty). Vnitřní motivační stav, projevující se v kognitivní sféře, lze popsat na hodnotách poznávání. D-poznávání se uplatňuje na základě nedostatkových potřeb, jejich gratifikace či frustrace. Jde o egoistický způsob poznávání, dělící svět na objekty, které potřeby uspokojují, nebo tomuto uspokojení brání. Oproti tomu B-poznávání, typické pro seberealizující se osoby, je nezištné, předměty jsou poznávány ve své vlastní podstatě a bytí. Zde se nabízí paralely s psychoanalytickými teoretiky objektivních vztahů (Plháková, 2004). Maslowovu hierarchii představuje níže uvedené schéma.

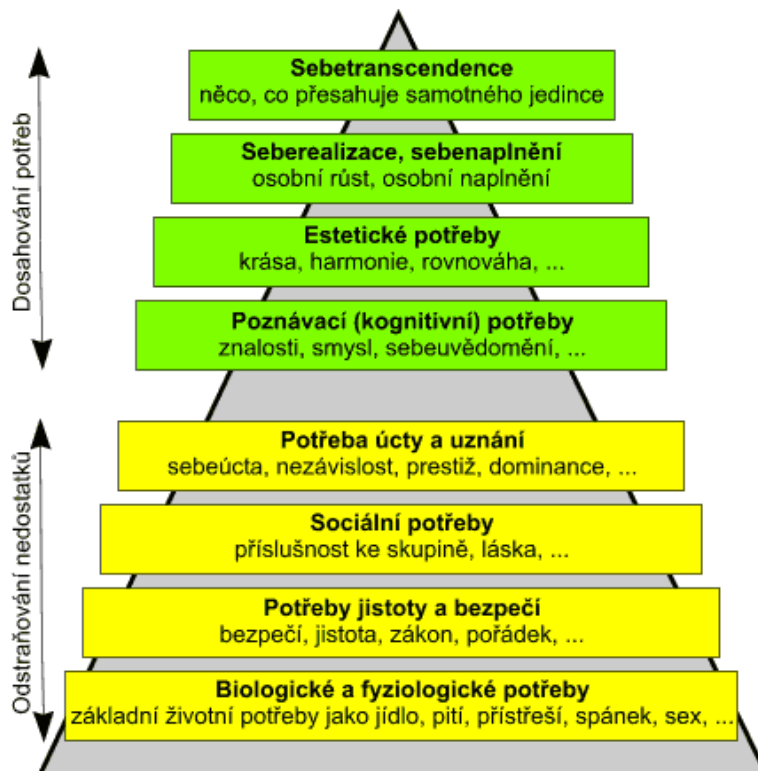


Schéma č. 4 Maslowova hierarchie potřeb, doplněný osmiúrovňový model (Maslow, 1954).

3.3.2 Murrayho teorie motivace

Rozšíření pojmu potřeba v psychologii velmi napomohla komplexní teorie motivace Henryho Murraye, která byla součástí jeho personologické teorie osobnosti (Murray, 1938). Jelikož byl ovlivněn psychoanalýzou, pojem potřeba používá jako synonymum pro pud. Zabýval se studiem jednotlivých potřeb, kterých prvně postuloval 17, tyto však byly následně rozšířeny dalšími výzkumníky. Je rovněž autorem dodnes hojně využívaného Tematického apercepčního testu, který dokáže odhalovat i implicitní motivaci jedince (Nakonečný, 2014).

Murray dělil potřeby na dva základní okruhy, **viscerogenní**, jenž jsou determinovány organickými podmínkami, a potřeby **psychogenní**, které určují psychické podmínky. Viscerogenní potřeby zahrnují fyziologické opakující se procesy (potřeba kyslíku, vody, potravy...). Psychogenní potřeby jsou hypotetickým projevem mozkové činnosti. Jsou zakotvené v psychickém působení a jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti. Zde se promítá Murrayho pohled na potřeby jako na rysy osobnosti (Plháková, 2004).

Potřeby se prosazují buď spontánně (v novějších teoriích skrze motivy), nebo pomocí **tlaků** z vnějšího prostředí (nověji incentiv). Tyto tlaky působí s cílem něco získat (pozitivní tlaky), nebo se něčemu vyhnout (negativní tlaky). Výsledkem působení tlaků a potřeb je **téma**, které se v životě jedinců opakuje. Jako příčinu těchto témat Murray díky ovlivnění psychoanalýzou vidí tlaky, jímž byl člověk vystaven v dětství.

Murrayem popsané potřeby byly blíže rozpracovány a rozšířeny Davidem McClellandem a jeho spolupracovníky. McClelland (1987) již rozšiřoval pojem potřeba a motiv tak, jak bylo uvedeno v první podkapitole. Zkoumal především trojici motivů, které jsou nyní nazývány jako psychosociální motivy, zakořeněné především v implicitním motivačním systému – **motiv výkonu, moci a afiliace**.

3.3.3 McClellandova trojice implicitních psychosociálních motivů

Největší pozornost výzkumníků byla bezpochyby věnována **motivů výkonu**, odvozenému od Murrayho potřeby výkonu (*need of achievement*). Jde o potřebu překonávat překážky a uplatňovat při tom co nejefektivněji své schopnosti. Energetizuje jedince k usilování o úspěch. Atkinson (1957) zjistil, že lidé s velikou potřebou úspěšného výkonu preferují středně obtížné úlohy, které mohou zvládnout a odpovídají jejich reálným schopnostem. Naopak lidé s nízkou výkonovou motivací volí buď velmi snadné, nebo extrémně obtížné úlohy. Těžké úlohy jsou vybírány zřejmě proto, že neúspěch v obtížné disciplíně nehodnotí okolí tak negativně. Snadné úkoly jsou naopak voleny především díky nízkým nárokům na výkon a potvrzení pocitu vlastní kompetence při jeho úspěšném splnění. Jedinci s vysokou hodnotou této motivace jsou soutěžící, jde jim o prokázání vlastní výjimečnosti, ne však o uplatňování moci.

Již bylo konstatováno, že motivy se projevují přiblížením nebo oddálením od svého cíle. Výzkumy výkonové motivace ukázaly, že na první pohled zjevný důvod podávání výkonu s cílem **dosáhnout úspěchu** nemusí být vždy primárním motivem. Výkonové chování výrazně ovlivňuje i snaha **vyhnout se neúspěchu**. Takové motivy se mohou u lidí projevovat buď celkovým vyhýbáním se výkonovým situacím, nebo naopak úpornou snahou zajistit, aby všechny okolnosti vedly k úspěšnému dosažení cíle. Nejde tedy v první řadě o úspěch, ale o neodhalení vlastních slabin. Poznatky o dvou možnostech k přibližování a vyhýbání se cílům lze aplikovat i na další psychosociální motivy, které budou probrány níže (Carver & Scheier, 2012).

Jakožto součást implicitního systému se i motiv výkonu utváří v raném dětství. Často je internalizován skrze hodnoty výkonové motivace rodičů. Pokud sami považují úspěchy za důležité hodnoty, odráží se to na motivaci dítěte. V dospělosti pak již zvnitřněné hodnoty vedou k pocitu uspokojení z vlastní kompetence při dosažení úspěchu, případně ke zklamání z vlastní neschopnosti při jeho nedosažení (McClelland, 1987).

V současnosti začíná být od výkonové motivace přesouvána pozornost výzkumníků na **kompetenční motivaci**, která nabízí přesnější vymezení. Lze ji chápat jako míru efektivnosti, způsobilosti, ale i jako úspěch v činnosti. Dwecková (1975) dále rozlišuje pojem *mastery* (osvojení si problematiky), spojený s intrinsickou motivací, a termín

performance (podání výkonu), spojený s demonstrací vlastní kompetence či vyhnutí se nekompetenci (Stuchlíková, 2010).

Motiv moci (*need for power*) je sloučen z několika dílčích motivů (potřeba dominance, nezávislosti, agrese a podřizování se) uvedených Murrayem. Projevuje se potřebou ovlivňovat chování a prožívání druhých, kontrolovat je a následně prožívat uspokojení z vlastních pocitů síly spojených s tímto vlivem. Může jít o snahu dosáhnout vysoké sociální pozice a především vlivu z ní plynoucího, jde o prestiž (Nakonečný, 2009).

Moc může být dosahována **asertivním sebeprosazením** nebo **agresí** a fyzickou silou. Forma dosahování moci je vysoce individuální, odvíjí se od zvnitřněných sociokulturních a vlivů a dispozic osobnosti (zodpovědnosti, sebekontroly, zvyků, hodnotového systému...). Podle Wintera (1973) vyjadřují lidé s nižším pocitem zodpovědnosti (v psychoanalytickém jazyku to lze přirovnat k slabému superegu⁸, jenž ztrácí kontrolu nad libidózními impulzy id⁹) mocenské pohnutky jednoduchou agresivní a fyzickou formou, hovoří o impulsivní moci. Naopak jedinci s vysokou zodpovědností, získanou skrze proces socializace, se jeví jako pozitivní autority, jenž usilují o společenskou prestiž a postavení. Jednou z forem moci je i moc expertní, tedy vliv osob považovaných za experty. Příkladem může být i profese psychologa. Projevy motivu moci však mohou být mezikulturně či genderově odlišné a nemusejí se otevřeně manifestovat, mohou existovat pouze jako vnitřní touha (Nakonečný, 2009).

Z hlediska přibližování se uspokojení lze motiv moci rozdělit na dvě složky – **prožitky kontroly nad druhými** nebo **prožitky ztráty kontroly**, tedy potřebu ovládat nebo obavu, že budu ovládán. Opět jde o motiv zakotvený v implicitním systému, vytvářející se v raném dětství. Usilování o moc může souviset s tím, jak rodiče usměřňují své děti v sexuálních a agresivních aktivitách během jejich vývoje. Zde se nelze ubránit zjevným paralelám s psychodynamickými teoriemi. Toto usměřňování představuje především zákazy odvíjející se od hodnotových orientací rodičů. Posléze je toto jednání zvnitřněno a formuje vlastní superego daného jedince zákazy a příkazy, normami. Za určitých okolností, pokud je toto usměřňování příliš tvrdé, může dojít k rozvoji nízké sebehodnoty (Stuchlíková, 2010).

⁸ Superego tvoří internalizované zákazy autorit v dětství, zjednodušeně lze hovořit o „svědomí“.

⁹ Id obsahuje nevědomé primitivní pudové tendence usilující o vybití.

Spojení nízkého sebehodnocení a motivů moci prozkoumal Alfred Adler, který ve své teorii postuluje **vůli k moci**, tedy snahu překonat pocity inferiority a stát se nadřazeným. Vypůjčuje si Jungův pojem komplexu, když hovoří o **komplexu méněcennosti**, jenž vzniká za nepříznivých okolností vývoje, často v dětství, právě výchovou. Komplex se na základě kompenzačních mechanismů snaží v sociálním prostředí „navenek“ vyvážit persona, skrze usilování o zrušení skutečné nebo domnělé převahy druhých lidí. Takoví jedinci se záměrně snaží prezentovat svůj vliv, bohatství, vzdělání ostatním. Často mají narcistní strukturu osobnosti. Jedno z možných pojetí motivu moci je tedy zvyšování vlastní sebehodnoty (Nakonečný, 2014; Plháková, 2004).

Motiv afiliace (*need of affiliation*) odráží potřebu vytvářet společenské vazby, přátelství a spojenectví. Projevuje se aktivním usilováním (*doing*) o kooperaci, konverzaci s druhými a začlenění do sociálních skupin. Afiliace je primárně afektivní povahy a je zaměřena především na skupiny. Jelikož motiv afiliace vykazoval ve výzkumech nízkou validitu, McAdams (1988) přišel s **motivem intimy**. Intimitu lze chápat jako spíše pasivní potřebu být s druhými (*being*), kdy sociální interakce nejsou prostředkem uspokojení, ale jsou cílem samy o sobě. Intimita se odehrává primárně v dyadických vztazích, projevuje se potřebou důvěrné komunikace založené na sebeodhalení, která je spojena s prožitky blízkosti, harmonie a vzájemnosti. Potřeba intimity sytí potvrzení osobní identity. Motiv intimity je blízký Maslowově hodnotě B-lásky (Plháková, 2004).

Při dosahování cílů založených na potřebě afiliace či intimity se uplatňují dvě základní tendence – **naděje na přijetí** a **strach z odmítnutí**, tedy potřeba být ve společnosti druhých a něco sdílet a snaha vyhnout se samotě. Počátek motivů intimity a afiliace je nutno hledat opět v raném dětství. Pravděpodobně souvisí s interpersonálními citovými vazbami, které se v tomto období formují. Intimita je navíc spojena s tělesným kontaktem s druhými. Opět je na místě odkázat na souvislosti s řadou psychodynamických teorií (např. koncept *attachmentu*, *psychoanalytické teorie objektních vztahů* aj.), které emoční vztahy v raném dětství pokládají jako zásadní faktor lidského psychického vývoje (Stuchlíková, 2010).

Motivy afiliace a intimity nezahrnují potřebu ovládat druhé lidi, ale spíše být akceptovaný. Rovněž se projevují sníženou potřebou vstupovat do mezilidských konfliktů. Dle McAdamse (1988) jsou motivy afiliace a intimity těžce slučitelné s motivem moci, ovšem Plháková (2004) uvádí, že výjimkou je například profese psychologa, která umožňuje sloučení obou motivů.

Výzkum motivů jako rysů (dispozic) přispěl k modernímu chápání motivace především postulováním důležitých charakteristik jednotlivých motivů. Z komplexního hlediska však jednotlivé koncepty neposkytují uspokojující výklad chování a jednání člověka, neboť se mohou vzájemně překrývat (například komplex méněcennosti může být v různých formách příčinou motivu výkonu, moci i afiliace atd.). Pouhý statický součet motivů nemůže sloužit jako výkladový model pro popis individuální motivace osobnosti bez přihlédnutí k její dynamické stránce. Tento výzkumný proud však popsal mnoho významných faktorů, které k těmto fenoménům zajisté přispívají a uplatňují se různou mírou v procesuálním hledisku motivace, jež popisují v následující podkapitole.

3.4 Motivační proces

V této podkapitole popisují průběh motivačního a volně-regulačního procesu. Tato kapitola reflektuje Heckhausenovo (2012) druhé pojetí ve výzkumu motivace, tedy motiv jako stav či proces. Zařazení této kapitoly jsem záměrně zvolil až po osvětlení základní motivační terminologie a některých teoretických konceptů, z důvodu lepší srozumitelnosti pro čtenáře, neboť si tak bude moci lépe zasadit poznatky do souvislostí. Pokud by se však i přesto čtenář ztrácel v jednotlivých pojmech, odkazuji jej pro připomenutí na úvodní kapitolu o motivaci. Pokusím se ilustrovat motivační proces na sérii schémat, která se postupně obohacují.

Celý proces motivace je iniciován stavem nějaké **nerovnováhy**, rozporem mezi aktuálním a žádoucím stavem. Na základě principu ekvilibria vyvstává nutnost k vyrovnání této disbalance a vzniká **potřeba**. Tato potřeba je prožívaná jako vnitřní **motiv** (pohnutka). Člověk je těmito motivy tlačěn (*push*) k nějakému **cíli**, jenž zprostředkovává **redukcí dané potřeby**. Cíl zahrnuje **cílový objekt**, jenž je předmětem **dovršující reakce** (cíle chování), která následně vyvolává uspokojení a vede k odstranění potřeby.

V motivačním chování hraje roli nejen vnitřní stav, ale i vnější prostředí. Člověk může být k cíli rovněž přitahován (*pull*) **incentivou** (pobídkou), která se odvíjí od hodnoty cílového objektu, tedy takových vlastností, jež jsou spojeny s dovršující reakcí a následným uspokojením. Zda se podnět stane incentivou záleží na **individuálním hodnocení** a vnímaném významu pro daného jedince nejen vzhledem k aktuálnímu stavu, ale i k cíli. Incentiva je rovněž volena v souladu s implicitními nebo explicitními motivy.

Celkový proces směřování k redukci potřeby označujeme jako **instrumentální**, nebo od cíle odvozené, cílesměrné chování. Zjednodušeně se dá říct, že motivační na motivačním chování se podílí dva faktory – **osoba** (zahrnující motivy, potřeby a cíle) a **situace** (incentivy a kognitivní zhodnocení možností).

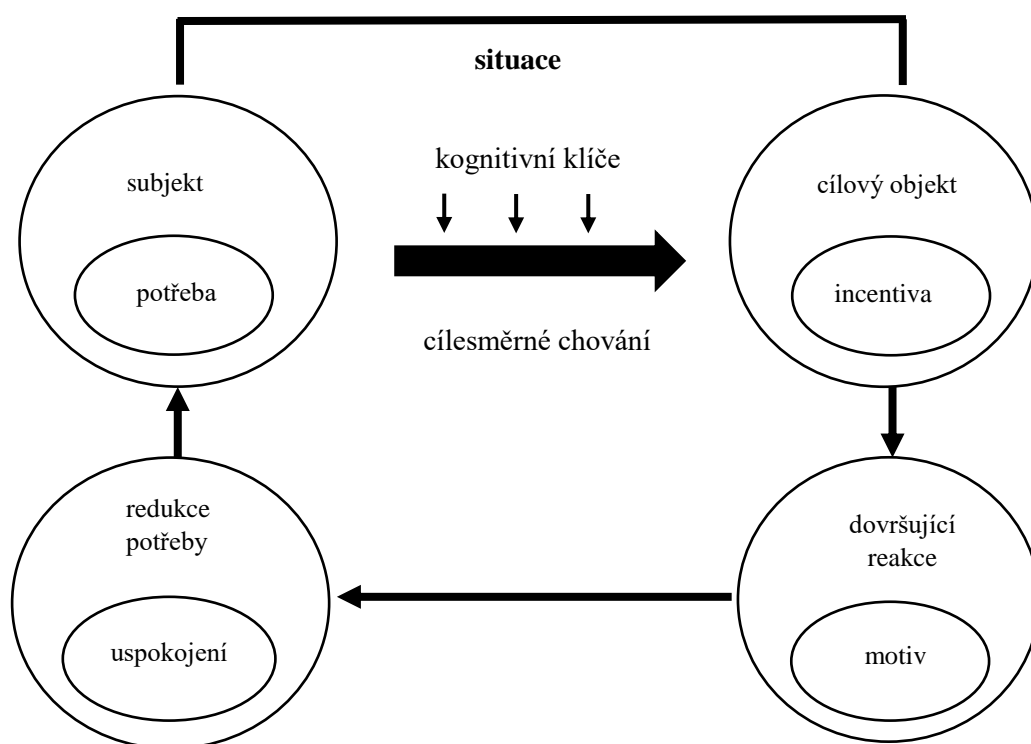


Schéma č. 5. Znárodnění motivačního procesu (upraveno dle Nakonečný, 2014).

Nové teorie motivace začínají důsledně oddělovat **fázi motivačního chování** a **fázi volního jednání**, při které se navíc uplatňují specifické činitele, zejména kognitivní povahy. Jednání je již vědomým úmyslem obohacené chování. Toto dělení odráží i výše popsané Heckhausenovo dělení proudů výzkumu motivace. První vlna, zaměřená na zkoumání motivů jako dispozic, představuje motivační fázi a proud druhý, zaměřený na motivy jako na stavy a procesy k cíli, reflektuje fázi volního jednání. Motivační fáze je spojena především se zvažováním, hodnocením a výběrem nejvíce žádoucího cíle (*goal setting*), volní fáze pak s usilováním o tento cíl (*goal striving*) (Stuchlíková, 2010).

Způsob cílesměrného chování je ovlivňován vnějšími **situačními podmínkami** nebo **kognitivními klíči**. Tyto kognitivní procesy analyzují danou situaci a na základě ní volí nejefektivnější způsob na cíl zaměřeného chování. Kognitivní klíče se uplatňují autonomně, především na základě intuice. Jak již bylo zmíněno při definici motivace, jde o souhru nejen kognitivních, ale i emočních činitelů, implicitních a explicitních motivů. Teorií popisující tyto faktory je mnoho, dominantní se jeví **koncept očekávané hodnoty** (*expectancy value theory*), ve kterém se incentivní hodnota cílových objektů odvíjí od hodnoty připisované cíli a subjektivně pocíťované pravděpodobnosti, že ho bude dosaženo (Nakonečný, 2014).

Jedna z nejdůležitějších kognitivních složek je **anticipace**, neboli předvídání výsledků jednání, ve smyslu pravděpodobnosti dosažení cíle. Očekávány však jsou i důsledky s cílem spojené, v podobě možných zisků a případných ztrát. Anticipační procesy jsou individuálního charakteru odvislé od hodnotových orientací a osobnosti jedince. Člověk tedy není motivován přímo dovršující reakcí cíle, ale jejím předvídáním. Lidé chodí do restaurace s očekáváním, že tam bude jídlo, navštěvují přátele s očekáváním uspokojení potřeb afiliace, či studují univerzitu s očekáváním zisku titulu. Předvídání může být založeno na kognitivní vizualizaci konkrétního objektu, nebo na představě dovršující reakce jakožto konzumního chování (*consumatory behavior*), tedy na jedení jídla, družení se s přáteli či absoloriu. V poslední řadě může být anticipace spojena s emoční povahou, subjektivními pocity, které jsou součástí předvídaného konzumního chování (*affective forecasting*), například slast z jezení, štěstí z družení se či pýcha z absoloria (Deckers, 2015).

Dalším z kognitivních klíčů působícím spíše v dlouhodobém horizontu, na základě předchozího učení, je i **kauzální atribuce**, tedy tendence přisuzovat určitým pozorovaným aktům chování u sebe nebo u druhých specifické příčiny. Jedinci, kteří úspěch přisuzují vlastnímu přičinění, jsou v následném jednání ovlivněni podstatně jinak, než ti, kteří tento úspěch přisuzují vnějším faktorům. Dalším z kognitivních procesů je **sebekontrola**, tedy schopnost jednat proti aktuálně vzbuzené motivaci, například utlumením vzteku, „ovládnutím se“. Schopnost **odložit cíl**, věnovat se momentálně jiné motivující činnosti a následně se k němu vrátit, je dalším z kognitivních složek. **Kontrola úsilí** je důležitým regulačním prvkem jednání, zahrnuje usměrňování úsilí vzhledem k uskutečnění intence, ale i schopnost utlumit rušivé situační vlivy (uplatňuje se selektivní pozornost) (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

Spojovacím článkem mezi chováním a jednáním je tedy **rozhodování** (úvahy o volbě vhodných prostředků dosažení cíle) a sebereflexe zaměřená na hodnocení zamýšleného aktu a jeho důsledky. Motivační proces lze tedy rozdělit na tři propojené fáze:

1. vznik potřeby a její zpředmětnění pomocí cíle (**motivace**)
2. úvahy o prostředcích a důsledcích záměru (**rozhodování**)
3. přijetí rozhodnutí a **vůlí řízené jednání**

Volní regulace jednání či vůle je nejvyšší stupeň motivačního procesu. Volní akt je založen na rozhodnutí, kterému předchází proces rozhodování. Volní jednání představuje záměr jednat určitým způsobem za použití určitých prostředků k dosažení určitého cíle. Oproti tomu motivační fáze je pouze z potřeby vycházející tendence k jejímu mechanickému uspokojení. Volní akt může být spuštěn kognitivními činiteli pouze na předchozím emocionálním základě. Níže představuji motivační schéma rozšířené o nové poznatky.

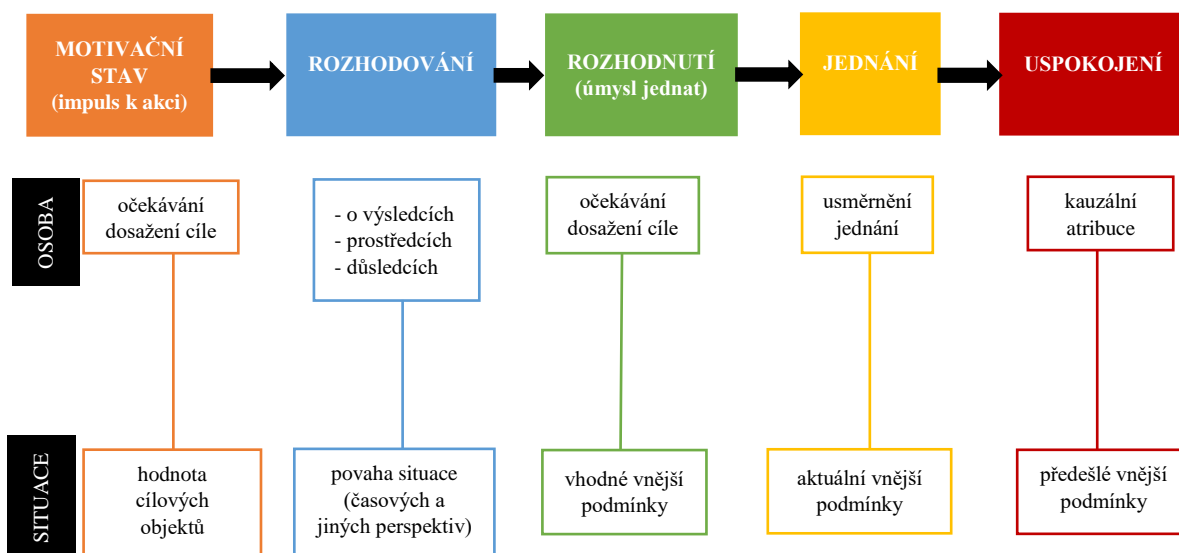


Schéma č. 6. Rozšíření znázornění motivačního procesu (doplněno dle Nakonečný, 2014, 227).

3.4.1 Heckhausenův model fází jednání

Pravděpodobně nejvýznamnějším konceptem volního jednání je model čtyř fází jednání německého psychologa Heinze Heckhausena (1980), který lze volně nazývat „modelem Rubikon“. Odvíjí se od již zmiňovaného dělení motivačního procesu na dvě fáze, motivační a volní. Tento koncept ilustruje následující schéma, které blíže popíše.

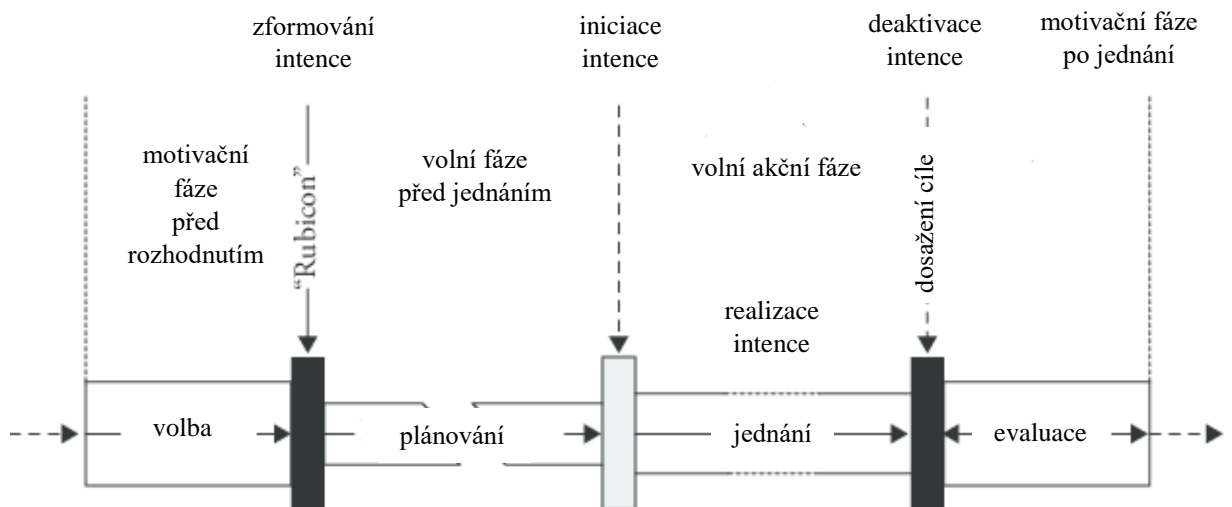


Schéma č. 7. Heckhausenův model motivačního procesu (doplněno dle Stuchlíkové, 2010)

Model Rubikon v motivační fázi před rozhodnutím zahrnuje motivační chování i rozhodování. Rozhodování, zda učinit nějakou akci nebo ne, podléhá řadě kognitivně-emočních činitelů spojených jak s vlastní osobou, tak vnějším prostředím (situací), popsány byly výše. V motivační fázi je v obsahu myšlení kladen důraz na subjektivní hodnoty a očekávání. Uplatňuje se malá selektivita pozornosti. Informace jsou zpracovávány přesně a realisticky. Fáze rozhodování je ukončena volbou konkrétního cíle, přesněji zformováním cílového záměru (intence) a rozhodnutím se pro něj (*commitment*). Takový bod Heckhausen označuje jako Rubikon¹⁰, se snahou vyjádřit, že od tohoto bodu je nutná investice určitých psychických sil k přiblížení nebo oddálení se tomuto záměru (Stuchlíková, 2010).

Následuje již vědomá volní fáze, ve které je již intence zformovaná, není však ještě učiněn krok k její realizaci. Dochází tedy k plánování kdy, kde, jakým způsobem a jak dlouho jednat, aby bylo cíle dosaženo. Obsahy myšlení jsou zaměřeny na příležitosti

¹⁰ Název poukazuje na metaforu překročení řeky Rubikon, kterým Caesar zahájil občanskou válku v Římské říši. Při tomto činu vyřkl slova „Alea iacta est“ – kostky jsou vrženy.

k zahájení jednání a možné překážky tomu brání. Selektivita pozornosti je oproti předchozí fázi veliká. Zpracování informací je nepřesné a spíše optimistické. Může se jednat o případ, kdy nejsou vhodné vnější situační podmínky. Roli hraje opět řada kognitivních klíčů, například sebekontrola a oddálení cíle. V tuto chvíli může být od cíle upuštěno z důvodu aktivace jiné, momentálně silnější intence, později se však k původnímu záměru lze vrátit (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

Ve třetí fázi dochází již k zahájení akčního jednání a intence je uskutečňována. V myšlení už není jedinec orientován na příležitosti, nýbrž na cíle jednání a možné překážky. Selektivita pozornosti zůstává stále vysoká, stejně tak jako nepřesné optimistické zpracování informací. I zde dochází k neustálému uplatňování kognitivních klíčů (především anticipace), neboť je cílesměrné jednání řízeno mentální reprezentací cíle intence. Kognitivní klíče (hlavně sebekontrola a kontrola úsilí) a vhodné vnější podmínky rovněž ovlivňují intenzitu daného jednání, může docházet k jejímu zvýšení či snížení. Pokud například vnímáme postup k cíli jako pomalý, ale zároveň je podle našeho úsudku právě ta nejlepší doba k jeho dosahování, dokážeme úsilí zvýšit (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

Poslední stadium je spojeno s dosažením cíle, kdy je intence deaktivována a nastává opět motivační fáze, spojená se zhodnocením jednání a procesem učení. Co se obsahu myšlení, selektivity pozornosti a druhu zpracování informací týče, je poslední fáze shodná s první motivační fází. Hodnocení je dvojího charakteru, jednak zpětná reflexe nakolik bylo cíle dosaženo, zadruhé pak hodnocení zaměřené na budoucnost. V případě, že bylo cíle dosaženo jen z části, je hodnocení zaměřeno na to, zdali se vrátit k původnímu cíli a modifikovat ho, nebo se ho zcela vzdát. Z celé fáze jednání je vyvozena určitá behaviorální intence zformovaná na základě zkušenosti (učení se), která je uložena v paměti a dále usměrňuje budoucí kroky. Jelikož jde opět o motivační fázi, i zde se uplatňují specifické kognitivní klíče, především kauzální atribuce, kdy je přisuzován úspěch či neúspěch při dosahování cíle vnitřním nebo vnějším faktorům (Nakonečný, 2014; Stuchlíková, 2010).

3.4.2 Klingerův koncept aktuálních zájmů

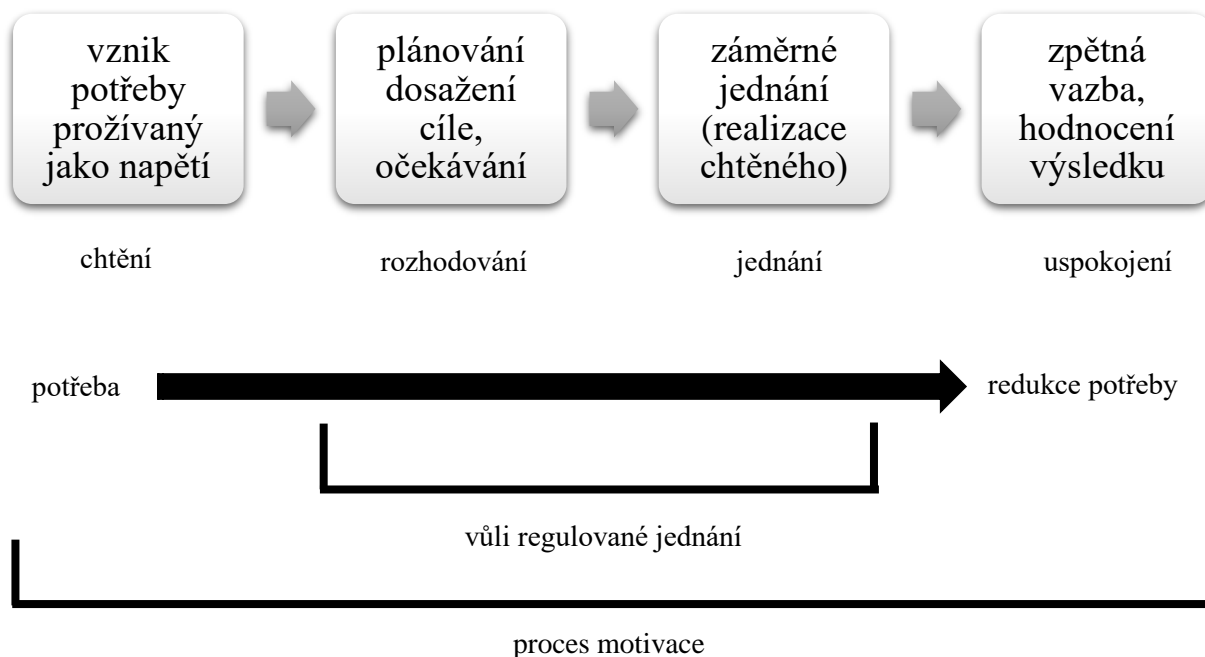
Klingerova teorie reflektuje narůstající zájem o osobní cíle, jakožto trend v soudobých výzkumech motivace. Při explicitním zformování a přijetí cíle, Heckhausenově překročení Rubikonu, se podle Klingera zároveň spouští **latentní, implicitní proces**, který umocňuje emoční, percepční, kognitivní a motivační cílově zaměřené odpovědi na podněty, jež souvisejí s daným právě probíhajícím cílesměrným chováním. Tento proces označuje jako **aktuální zájem** (*current concern*) (Klinger, 2013).

Pomocí procesu aktuálního zájmu tedy dochází k upřednostnění určitého typu podnětů. Můžeme si pomoci přirovnáním ke konceptu selektivní pozornosti, ovšem generalizované na mnoho oblastí lidské psychiky, nejen na pozornost. Aktuální zájem zajišťuje adekvátní reakce jedince na příležitosti přibližovat se cíli (ten samozřejmě může být opět ve dvou formách přiblížení se libému a vyhnutí se nelibému) (Stuchlíková & Man, 2009).

Studie zaměřené na koncept aktuálních zájmů odhalily jasný vliv na pozornost, paměť, myšlenky, snění a jednání. Výzkumy poukazují především na nevědomé a zautomatizované působení aktuálních zájmů, neboť podněty u zkoumaných jedinců získávají díky aktuálním zájmům prioritu i přes vědomé a záměrné pokusy je ignorovat. Podněty související s našimi cíli jsou tedy zpracovány prioritně a významným způsobem utvářejí vnitřní regulační mechanismy a zjevné chování jedince (Stuchlíková & Man, 2009).

Na níže uvedeném schématu prezentuji kompletní schéma motivačního procesu s ohledem na všechny výše popsané koncepty. Pokud by čtenář cítil potřebu zrekapitulovat si celý motivační proces, popisuji jej jednodušším jazykem na konkrétním případě „hladovějícího studenta před zkouškou“ v Příloze č. 7.

Schéma č. 8 Finální zobrazení motivačního procesu (Nakonečný, 2014)



Na závěr obecně teoretické části o motivaci je třeba zmínit, že i přes dlouholetý a intenzivní výzkum není současné paradigma vědy schopné podat uspokojivé odpovědi na základní otázky motivace, tedy proč člověk jedná a chová se určitým způsobem, a co ho k tomu vede. Shoda se dá najít pouze v tom, že motivace je komplexní proces odehrávající se ve vnitřním i vnějším kontextu člověka, jde o vzájemnou souhru individuálních vědomých a nevědomých, intrinsických a extrinsických, situačních a osobnostních aspektů daného jedince, které nejde redukovat na jednotlivé části, ze kterých by se dal kauzálně odvodit celek. Cítím povinnost zmínit tento fakt jednak vzhledem k opatrné interpretaci uvedených teorií, tak i k uvedeným datům v následující výzkumné části.

3.5 Motivace u pomáhajících profesí

Motivace u psychoterapeutů má podobná specifika jako široký okruh pomáhajících profesí, do kterého spadají. Do těchto povolání řadíme ty, jejichž předmětem je co nejeфекtivnější pomáhání druhým lidem. Dalšími příklady mohou být sociální pracovníci, lékaři, pedagogové, fyzioterapeuti atd. V této podkapitole jednotlivá specifika představím. Nejdříve se budu zabývat prosociálním chováním a altruismem. Prozkoumány jsou však i narcistické motivy. Posléze přejdu k možným stinným aspektům motivace a praxe v pomáhajících profesích, kde blíže popisuji syndrom pomocníka. Kapitulu zakončuji přehledem výzkumů motivace u psychoterapeutů.

3.5.1 Prosociální chování a altruismus

Častou domnělou motivací je nejen u mnoha studentů pomáhajících profesí, ale i v očích laické veřejnosti, altruistický záměr pomoci druhým. Je tomu doopravdy tak, nebo hrají roli i jiné skutečnosti? V psychologické literatuře neexistuje jednotný konsensus při vymezení termínů altruismus a prosociální chování. Někteří je chápou jako synonyma. V této práci je však budu důsledně odlišovat.

Prosociálním chováním rozumíme jakýkoliv akt jednání ve prospěch druhé osoby, pomáhající jednání vedoucí ke zvýšení bezpečí, zdraví či spokojenosti druhých. Toto jednání není vyvoláno povinností (ani profesní) či finančním podnětem a může obsahovat užitek pro pomáhajícího (Výrost & Slaměník, 2008).

Altruismus je pak specifickým druhem prosociálního chování, při kterém poskytovaná pomoc není spojena s očekáváním odměn z externích zdrojů. Jde o pomoc bez očekávání jejího opětování, s vyložením určitých osobních nákladů či ztrát, někdy i sebeobětováním. Toto jednání je motivováno empatií s obětí (objektem pomoci), je užitečné především pro příjemce pomoci a nemá žádný zjevný užitek pro pomáhajícího (Nakonečný, 2014).

Jedna z raných teorií altruismu pochází od Edwarda Wilsona (2000), zakladatele sociobiologie. Ten jej chápe jako **genetické sobectví**, tedy že jakékoliv zdánlivě nesobecké altruistické jednání sleduje záměr zachovat genetickou informaci (sebeobětování se pro přežití vlastních dětí, rodu, člověka jako druhu). Tento evolucionistický koncept byl dále

rozšířen o pojem **recipročního altruismu**, pomocného jednání, které je založeno na očekávání, že „když jednou pomůžu já, i mě bude v budoucnosti pomoheno“. Prosociální chování podléhá hierarchii dle důležitosti objektu. Nejdříve pomáháme nejbližším nositelům našeho genu, dětem a příbuzným. Poté se řídíme recipročním altruismem. Genetický, příbuzenský altruismus je následně rozšířen na širší rody, národy i celé lidstvo jako druh. V poslední řadě je prosociální chování zaměřeno na jedince na základě podobnosti, především osobnostních rysů a jednotlivých postojů a hodnot („my Moraváci“, „my liberálové“, „my křesťané“ atd.). Tento proces však podléhá individualitě námi vnímaných kognitivních aspektů. Taktéž častěji dochází k pomoci opačnému pohlaví (Nakonečný, 2014).

Další proud vysvětlování prosociálního chování je **teorie sociální výměny**, která chápe akty altruismu z ekonomického pohledu náklady–zisk. Čím větší jsou vynaložené náklady (nepříjemnější nebo nebezpečnější jednání), tím vyšší je i odměna (například ve formě přijímající reakce okolí) (Výrost & Slaměnik, 2008).

Prosociální chování je mnohdy vysvětlováno pomocí **empatie**. Základem empatie je blízké až identické prožívání situace druhého člověka, dochází k obdobné emoční i fyziologické reakci u vcitujícího se jedince. Setkání s trpícím a vcitění se do jeho situace (úzkost, bolest) může vést ke vzniku nepříjemného emocionálního napětí (*empathic distress*), které má člověk přirozenou tendenci redukovat, i za cenu vzdání se odměn za řešení situace. Empatická citlivost je však individuální a vysoce proměnlivá, podléhá zkušenostem jedince, kdy více setkání s utrpením může vést ke snížení této citlivosti. Uvedený předpoklad může vysvětlovat frekventovaný vznik syndromu vyhoření a emocionálního otupění (*compassion fatigue*) vůči bolesti u profesionálů, kteří dlouho pracují v pomáhajících profesích. Například ošetřující sestry na psychiatrii mohou být vnímány příbuznými hospitalizovaných jako necitlivé. U některých lidí však může docházet k opačnému efektu, tedy větší počet osobních zkušeností s bolestí, které se podobají zkušenostem jiných lidí, způsobí generalizaci a prosociální jednání narůstá. Empatie tedy může být i faktor vedoucí k prosociálnímu jednání na základě egoistických tendencí, pokud dojde k vcitění, které je pocíťované jako nepříjemné a máme tendenci ho odstranit (Nakonečný, 2014).

Daniel Batson (1995) formuloval **empaticko-altruistickou hypotézu**, dle které je empatie příčinou prosociálního chování na základě různých motivů: *Egoistické motivy*

směřují k výše popsanému odstranění vlastních nepříjemných emocí, kdy pomáhající chování je zaměřeno především na vlastní osobu. Oproti tomu *altruistické motivy* sledují primárně prospěch druhých lidí bez ohledu na zisk (tendence odstranit nepříjemný stav druhého). *Principální motivy* odráží morální společenské normy internalizované jako vnitřní hodnotový systém jedince. Člověk jedná na jejich základě, pokud cítí, že jsou ohroženy (hodnoty humanismu) (Výrost & Slaměník, 2008).

Výše jsem uvedl, že altruismus je chování bez očekávání externích odměn. Jinak je tomu však s odměnami interními. I altruistické chování je motivováno odměnou, poněvadž je ovlivňováno jak reálnými, tak anticipovanými důsledky cílů. Často jsou mimoosobní cíle trpící osoby ve shodě s našimi vlastními cíli generovanými například naším hodnotovým systémem. Uspokojení, které prosociální jednání přináší, znamená vnitřní sebeuspokojení, které může přinášet osobní oběť jedince s vyspělým morálním citěním. Altruismus funguje na bázi vnitřních odměn, tedy vyšších osobních cílů (hrdost na sebe sama, dobrý pocit...) (Nakonečný, 2014).

Dle Stauba (1978) je motivace altruistická i v tom případě, pokud jedinec očekává, že výsledkem prosociálního jednání bude jeho vlastní dobrý pocit (*anticipace sebeodměnění*), neboť se choval v souladu se svou představou hodnot a principů (*udržení pozitivního sebepojetí*). Tento dobrý pocit má individuální hodnotu odvíjející se ze subjektivní smysluplnosti každého pomáhajícího. Může to být empatická lítost, může to být vyšší morální princip. Motiv může být označen jako altruistický, i když se jeho subjekt cítí být odměněn externě, druhou osobou. Tedy pokud ten, komu pomůže, je mu vděčný. Důvod prosociálního jednání a altruismu může z tohoto pohledu mít i egoistický podklad, díky očekávání interní odměny, ve formě individuálního sebeodměnění a udržení sebepojetí, či externí odměny ve formě pozitivní reakce trpícího nebo okolí.

Motivy prosociálního a altruistického chování nemusí být vždy s čirým úmyslem pomoci druhým. Lidé často jednají prosociálně na základě více či méně vědomých egoistických motivů. Prosociální chování může být syceno širokým spektrem různých motivů a podléhá značné individualitě. U některých tak může být odrazem společenského exhibicionismu a je pouze předstíráno (příspěvky, za které bude jedinec honorován uvedením na zdi slávy...). Mohou se však objevovat i jiné nevědomé pohnutky, může jít o různé kombinace implicitních motivů afiliace, moci a výkonu. Podkladem mohou být i motivy narcistické, kterým se ještě budu věnovat v následující podkapitole (Nakonečný, 2014).

Je třeba konstatovat, že i přes značné výzkumné snahy věnované altruismu a prosociálnímu chování neexistuje jednotící teorie, která by toto jednání vysvětlovala. Není ani jasné, zda zcela nezištné altruistické chování v pravém slova smyslu je vůbec možné. Podobně jako u motivace, jde o příliš komplexní fenomén. Mnoho lidí v pomáhajících profesích není motivováno altruisticky, protože jsou za to placeni, někteří však motivováni pomocí druhým jsou. Je však nemožné jednotlivé motivy důsledně odlišit.

Podkapitolu o prosociálním chování uzavřu myšlenkou analytického psychoterapeuta Adolfa Guggenbühl-Craiga (2007, 14), který tvrdí, že „*nikdo nedokáže jednat na základě pouze čistých motivů. I ty nejušlechtilejší činy vycházejí z čistých i nečistých, světlých i temných motivů.*“

3.5.2 Narcismus

V této podkapitole krátce nastiňuji koncept narcismu, neboť je nutný k správnému pochopení motivačních tendencí u psychoterapeutů, které prezentuji v následující podkapitole a posléze ve výzkumné části této práce.

Narcismus lze volně chápat jako sebelásku. Jde o psychoanalytický pojem zavedený Freudem, který jej odvodil od postavy řecké mytologie, Narcise¹¹. Narcismus budu popisovat z hlediska **teorie objektivních vztahů**, která předpokládá, že si lidé od raného kojeneckého věku formují mentální reprezentace sebe sama a ostatních lidí. Tyto reprezentace o vlastní osobě jsou základem budoucího sebepojetí (*self-konceptu*), zatímco reprezentace druhých vedou k vývoji pojetí o ostatních. Pojem objekt zdůrazňuje rozdíl mezi pozorovatelem (subjektem, daným jedincem) a pozorovanou osobou (v tomto případě druhými lidmi). Objektivní vztahy jsou pak vzájemnou interakcí mezi subjektem (*self-objektem*) a objektem. Roli v nich hraje jejich emoční komponenta, která se mísí s kognitivním aspektem, který není vždy určován objektivní realitou, ale často je ovlivněn prvním dojmem, zkušeností či fantazií. Tyto fantazijní obsahy se následně mísí s dominantní emocí. Zvnitřněné (*internalizované*) objektivní vztahy s primárními pečovateli (většinou

¹¹ Narcis (či Narkissos) se zamiloval do vlastního odrazu na hladině studánky. Pozoroval ji celé dny, až do ní spadl a utopil se. Bohové ho pak proměnili v květinu (narcis).

rodiči) jsou pak základem pro všechny vztahy k lidem i k vlastní osobě. Působí na ryze nevědomé bázi (Mitchell & Black, 1999).

Freud (1913) chápe *primární narcismus* jako stadium normálního dětského vývoje, dokud dítě nezačne rozlišovat mezi sebou (self-objektem) a svým okolím (objekty), které vnímá jako pouhé rozšíření sebe sama (tedy rovněž jako self-objekt). Veškeré podněty pak vztahuje samo k sobě. Narcismus je v této fázi akceptovatelný, neboť láska chovaná k sobě předchází lásce k ostatním. K narušení primárního narcismu dojde ve chvíli, kdy je dítě schopno pochopit, že je opečováváno z vnějšího okolí, a rodičům se nepodaří vyhovět jeho přehnaným narcistickým potřebám. Proti vědomí vlastní zranitelnosti se dítě brání exhibicionistickým grandiózním sebepojetím.

Rodiče jsou v této fázi pro dítě stále v roli self-objektu a mají dvě základní role: poskytnout dítěti „zrcadlo“, které reflektuje pozitivní obraz, a za druhé možnost idealizovaného objektu, se kterým se dítě může sjednotit (možnost idealizovat si rodiče). Jestliže rodiče přijali a integrovali vlastní potřeby vynikat a dosahovat úspěchu, potom pro ně bude snadné přijmout a zrcadlit i přirozený exhibicionismus dítěte. Jestliže však mají sami problémy v oblasti sebeoceny, může jim potřeba dítěte idealizovat si je vadit. Pokud se dítěti nedostávalo pochopení či zájmu (zrcadlení), bude toužit po obdivu a ocenění. Takoví lidé potom mají tendenci být v centru pozornosti, upozorňovat na sebe, a působí egocentrickým dojmem. Jestliže se dítěti nedostávalo šance idealizovat blízkou osobu, bude se jeho touha po ideálu manifestovat neustálým pátráním po lidech, kteří jsou nositeli obdivu a které by mohly pro jejich úspěch obdivovat. Známost s takovou osobou pak umožňuje posílit vlastní sebeocenu. K správnému překonání této fáze nemůže dojít přímou konfrontací s objektivní realitou, ale s postupným kontaktem se skutečností a prostředím, ve kterém sice dochází k frustraci narcistických potřeb, ale ta je pro dítě zvladatelná a srozumitelná (Kohut, 2013).

Zkušenosti s nedostatkem zrcadlení či idealizace vedou ke vzniku narcistického zranění, které je způsobeno frustrací, pokud je daná forma sebeprojektivování dítěte pro okolí přehnaná nebo nedostačující, na základě čehož na ni nereagují adekvátním zrcadlením či možností idealizace. Takový jedinec pak reaguje na zranění tím, že svůj autentický projev (*pravé self*) skryje a nahradí ho falešným kompenzačním projevem (*falešné self*). Ke zranění dochází, pokud je člověk prostředím nucen být někým jiným, než ve skutečnosti je, *je nucen být takovým, jakým ho ostatní chtějí mít*. Proto dítě na základě pozitivního zpevnění posílí to

chování, které je oceňováno, a autentické aspekty sebe sama potlačí. Osobnost, kterou narcistický jedinec reprezentuje jako vlastní, je tedy ve skutečnosti kompenzatorní *falešné self*, které je jediným zdrojem jeho pozitivního sebehodnocení (Kohut, 2013).

Tato osobnost je často zakryta falešnou fasádou grandiozity s pocity vlastní dokonalosti, neomezenosti a moci. Okolí se tito lidé snaží jevit jako dokonalé, bezproblémové a šťastné osobnosti, které svůj úspěch dávají na obdiv. Častým projevem je usilování o moc, v různých formách, od sociální pozice, bohatství, po uplatnění vlivu na ostatní lidi. Prostřednictvím moci a manipulace tak mohou být syceny narcistické potřeby sebelásky, blízkosti a uznání. Uvnitř psýché narcistických jedinců je však opak pravdou – hluboká bolest z vlastní méněcennosti a pocity prázdnoty, které jsou příčinou nenasatelné potřeby po gratifikaci těchto narcistických zranění, potřeby být milován a oceňován ve své přirozenosti, i s chybami a slabiny (Kohut, 2013).

Zmíněné projevy jsou většinou nevědomé a takoví lidé na své motivy často nemají náhled. Manifestace narcistických zranění je velmi individuální. Pokud použijí McClellandovu trojici implicitních motivů, pak se narcistické zranění může projevovat jak motivem moci, tak motivy výkonu a afiliace. U některých lehčích forem může dojít ke skrytému, zdánlivě sociálně přijatelnému sycení narcistických potřeb. Příkladem je i pole pomáhajících profesí, kde zjevný altruismus může mít hluboce nevědomé latentní narcistické motivy, které jsou ryze egoistické (Schmidbauer, 2000).

Veřejnost narcismu často mylně přisuzuje pouze negativní aspekty. Správně integrované objektní vztahy ve stadiu primárního narcismu jsou základem pro zdravý rozvoj sebedůvěry, sebezpečí a sebevědomí – jsou podstatnými součástmi zdravé a stabilní osobnosti. Jistá míra narcismu je všudypřítomná a nutná u všech lidí. Pokud však během formování objektních vztahů dojde k vychýlení od zdravého vývoje, dostávají se narcistické projevy vůči okolí, které jsou různé intenzity, odvíjející se od míry narušení. Mohou představovat mírnější narcistické tendence a rysy osobnosti, avšak mohou dosáhnout i závažného narušení v podobě narcistické poruchy osobnosti či dosáhnout extrémní formy maligního narcistického syndromu a být podkladem pro disociální poruchu osobnosti (Kernberg & Caligor, 2005; Kohut, 2013).

Pro to, abychom mohli milovat druhé, musíme nejdřív milovat sami sebe. Pro to, abychom mohli milovat sami sebe, musí nás nejdřív milovat druzí. I takto lze ve zkratce

shrnout podkapitolu o narcismu. Podobné poselství má i biblický citát „*Miluj svého bližního, jako sám sebe*“. (Bible, Marek 12:28-31)

3.5.3 Stínové aspekty motivace

V této podkapitole blíže rozvádím možné stínové¹² motivy k volbě pomáhajících profesí. Pohled analytické psychologie byl již rozebrán ve druhé kapitole, konkrétně v podkapitolách konstelace zraněného léčitele v léčebném vztahu, dialektický přístup analytické psychologie a proces hojení zraněnosti. Zařazením do této kapitoly by došlo k vytržení z kontextu. Čtenáře na dané kapitoly opět odkazují.

V krátkosti připomenu konstelaci archetypálního obrazu zraněného léčitele v léčebném procesu. Archetypy mají dvě části a kontakt s oběma je důležitý pro zachování harmonie psychické energie. Pokud je rovnováha narušena, může dojít ke štěpení archetypu. Archetypální představa zraněného léčitele má části „zraněný“ a „léčitel“. Zpočátku jsou klientem nevědomě projikovány pouze aspekty zraněné části. Stejně tak je lékařem projikována jenom část léčitele. Pro léčbu je nutné vzájemné projekce přerušit, a to vědomým kontaktem s druhou polaritou (Guggenbühl-Craig, 2007).

Jestliže se tak nestane, může dojít k identifikaci až inflaci s danou polaritou. Stínová část zraněnosti je zapomenuta a na povrch vystupuje pouze polarita léčitele, konstelovaná jeho personou. Taková identifikace se u lékaře projevuje pocity všemocnosti a může vést až k identifikaci s archetypálním obrazem spasitele a následnému vzniku božského komplexu. Lékař pak chápe sám sebe jako zprostředkovatele léčení a pacienta pouze jako recipienta této božskosti. Objevují se mocenské tendence s druhými manipulovat a léčit pouze těmi prostředky, které sám lékař dogmaticky uzná za vhodné. Guggenbühl-Craigův (2007) pohled na motivaci v pomáhajících profesích spočívá v silné fascinaci archetypálním obrazem zraněného léčitele, který studenty přitahuje.

V psychoanalytickém pojetí se stínové aspekty pomáhajících profesí odvíjí od narcistických motivů. Ucelený pohled na tuto problematiku poskytl německý psychoterapeut a publicista Wolfgang Schmidbauer (2008, 16) pomocí konstruktu **syndromu pomocníka**, který definuje jako „*neschopnost projevit vlastní city a potřeby*,

¹² Slovo „stínové“ používám v terminologii analytické psychologie, odvozené od konceptu stínu.

kteřá se stala součástí osobnostní struktury. V ní se spojila se zdánlivě nenapadnutelnou fasádou v oblasti sociálních služeb a latentními fantaziemi o vlastní všemohoucnosti.“

Jde o specifickou narcistickou strukturu osobnosti různé intenzity, kterou pracovník v pomáhající profesi většinou nevědomě kompenzuje rané trauma odmítnutého dítěte. Původ tohoto syndromu spatřuje v narcistickém zranění z dětství, kdy dítě není milováno a přijímáno takové, jaké je, se všemi svými pocity a vlastnostmi, ale na základě svého chování, kterým se přizpůsobuje idealizovaným představám rodičů. Pomáhání druhým je pak jakousi obranou před sebezraněním, respektive jeho uvědoměním, neboť odvádí pozornost od vlastní osobnosti. Syndrom pomocníka je charakteristický neschopností vyjádřit vlastní pocity a potřeby, strachem z upřímnosti, otevřenosti a opravdových intimních vztahů. Takové vztahy pak navazují v bezpečném prostředí profesního rámce. Projevuje se nepřímou agresí, nedůvěrou k ostatním a extrémním lpěním na pravidlech (Schmidbauer, 2000).

Schmidbauer (2000) rozlišuje pět oblastí které jsou v raném vývoji dítěte předmětem konfliktů. Prvním z nich je *odmítnuté dítě*. Jde o charakteristiku pomocníka, jenž se bojí své emociality, cítí se v ní slabý. Tuto inferioritu chce kompenzovat silou a výkonem, čímž potvrzuje vlastní sebehodnotu a schopnosti. Možné příčiny spatřuje v zanedbávání a odmítání dítěte ze strany rodičů. Z takových dětí se stávají lidé asociální nebo naopak příliš sociální, vyhledávající blízkost. Taktéž vidí původ v opačném pólu, v přílišném obdivování dítěte rodiči, kteří ho brali jako náhradu za svého partnera. Takový postoj vede k přetěžování dítěte a předčasné dospělosti. V obou případech dochází k neuspokojení potřeb. Pomocníci v této oblasti nejsou schopni přiznat svoji vlastní zranitelnost a závislost, nedokáží si upřímně říci o pomoc, i když ji sami druhým poskytují. Na vnější okolí působí jako vědec nebo učitel, který nedělá chyby a pomoc přijímá pouze jako další vzdělávání pro zdokonalení se ve své profesi (Schmidbauer, 2008).

Druhou konfliktní sférou je *identifikace s nadjád (superegem)*. Tito pomocníci mají zbudřelé superego, které zasahuje do zdravě diferencovaného ega. Vnitřní konflikty mezi přáními, emocemi a pudy z id jsou zvětšeným superegem zcela přemoženy. Příčinou je nedostatečná fáze idealizace rodičů v dětství. Přílišná identifikace se projevuje vnímáním potřeb klientů na úkor vlastních potřeb a pocitu spokojenosti. Sami sobě zakazují vnímání emocí, přání a potřeb. Takoví lidé jsou rigidními zastánci morálních a společensky

uznávaných hodnot („dobro“). Zde je inferiorita kompenzována výkonem a perfekcionismem, který však nikdy nedosahuje uspokojení (Schmidbauer, 2008).

Narcistická nenasytlost je odrazem narcistního zranění, potřeby sebelásky, sebehodnoty a ocenění, která nemůže být nikdy gratifikována. Tento neukojitelný hlad je spojen se snahou neustále dosahovat perfekcionismu, což se setkává s nevyhnutelným zraněním, neboť ideálu nelze nikdy dosáhnout. Takoví pomocníci nedokáží rozlišit, kdy jejich pomoc už není nutná, a často si udržují klienty jen proto, aby sytili jejich vlastní potřeby závislosti a dobrého ocenění. Pomáhají všem, ale nikdo není tak dobrý, aby pomohl jim.

Předposlední oblastí je *uhýbání před vzájemností*. Jelikož tito lidé nevnímají své vlastní emoční potřeby a neumí je projevovat, vyhýbají se vztahům, ve kterých by nebyli v asymetrické pozici donora, tedy toho, který „dává“, je nepostradatelný. Vědomí nepostradatelnosti, toho, že je někdo potřebuje, je jedinou projevovanou emoční potřebou. Ostatní přání a touhy jsou potlačeny, neboť jsou znejišťující. Takový pomocník sám pro sebe nic nepotřebuje. Navazování intimních vztahů v bezpečném prostředí profesionálního rámce je náhradou za neschopnost tyto vztahy realizovat ve vlastním osobním životě (Schmidbauer, 2008).

Syndrom pomocníka se projevuje i *nepřímou agresí*. Raná narcistní zranění vedou dítě k naučení a posílení okolím přijímaného chování. K tomu často patří potlačování vlastních emocí, včetně frustrace, která vede k agresí. Takové dítě se nachází ve schizmatické situaci, neboť na jednu stranu prožívá hněv a chce se pomstít těm, kteří jej zraňují, ale na druhou stranu chápe, že je na nich závislé a potřebuje je. Pomocník se identifikuje se spasitelem, jenž osvobozuje druhé, ale zároveň chová nenávist vůči všem, kteří ohrožují jeho svěřence (Schmidbauer, 2008).

Pomáhající s rysy syndromu pomocníka, tedy tací, kteří jsou motivováni vlastními nevědomými narcistickými motivy vyjadřující potřeby uznání, lásky, výkonu, blízkosti či moci, se mohou v pomáhající profesi setkávat s chronickým neuspokojením těchto potřeb, což může vést k syndromu vyhoření, depresi, závislosti či dalším psychickým nebo fyzickým potížím. Z tohoto důvodu je nezbytné dbát o důslednou duševní hygienu, tedy vlastní duševní pohodu (well-being).

Schmidbauer (2008) uznává, že syndrom pomocníka je v lehčí formě nezbytný pro vznik životního altruistického postoje. Je pro pomáhající a klienty škodlivý především tehdy,

pokud je nevědomý, a tím vede pomáhajícího k činům bez úvah a reflexe. Nejlepším prekurzorem k remisi symptomů a odstranění potenciálních škod je postupné zvědomění nevědomých motivů, skrze sebezkušenost – v individuální psychoterapii, supervizi či v rámci psychoterapeutického výcviku.

Když se pokusím integrovat pohled analytické a psychoanalytické teorie na stínové stránky pomáhajících profesí, lze konstatovat, že stínové, inferiorní či narcistické aspekty jsou zajisté nebezpečnými formami profesionální praxe a je třeba na ně upozorňovat. Z perspektivy motivace vedou jedince ke směřování do pomáhajících profesí často na základě nevědomých motivů kompenzovat, vyřešit či překonat konflikty vzniklé ve vlastním životě. Stinné části však nejsou pouhým negativem, jsou všudypřítomné a nutné pro zdravý a harmonický vývoj člověka, závisí však na míře, s jakou je schopný tyto aspekty psýché adaptivně integrovat. Teprve skrz kontakt s vlastním stínem a jeho postupným zvědoměním může tyto aspekty použít pro ryzí léčení druhých, bez postranních úmyslů a potenciálních škod. Tento kontakt je třeba udržovat prostřednictvím vlastní psychohygieny, sebezkušenosti a supervize. Pojem zraněný léčitel se objevuje spíše v mimoevropských studiích, zatímco Schmidbauerův syndrom pomocníka je zmiňován především v Evropě. I když se tyto koncepty značně překrývají, je třeba je důsledně odlišovat.

3.5.4 Motivy psychoterapeutů

V této kapitole představuji přehled výzkumů zaměřených již pouze na motivaci psychoterapeutů či studentů psychoterapie. Lze konstatovat, že výzkum motivace je vždy metodologický problém. Jako nejvhodnější by se jevil smíšený design na širokém reprezentativním vzorku s použitím hloubkových rozhovorů a uplatněním projektivních psychodiagnostických metod, včetně pozorování, doplněný o paletu osobnostních dotazníků, jenž by byly administrovány až po navázání důvěrného výzkumného vztahu. Takový výzkum by kladl velmi vysoké nároky i na zkušenosti výzkumníka, vhodné by bylo, kdyby byl sám zkušeným diagnostikem a terapeutem. I tak však mohou zůstat právě implicitní motivy skryty jak výzkumníkům, tak samotným zkoumaným osobám. Častým limitem výzkumů uvedených níže, pokud bych je měl generalizovat na základě společných znaků, je v případě kvalitativních designů malá velikost vzorku, záměrný náhodný výběr, intuitivní a subjektivní metody analýzy a interpretace dat. V případě kvantitativních

výzkumů je to pak ochota participantů odhalovat v neosobních dotaznících svou minulost, ovlivněná různými faktory, od vlastní nevědomosti po záměrné zatajení informací. Zvláště v oblasti tak citlivých témat jako osobní zranění, často ze strachu ze stigmatu a hodnocení okolí. Tento fenomén je známý u výzkumů lékařů a jejich zdraví, kdy starší výzkumy, pravděpodobně vlivem profesního a společenského klimatu, uváděly extrémně nízké hodnoty nemocí a zdraví škodlivého chování, zatímco novější výzkumy ukazují naopak mnohonásobně větší incidenci těchto témat vzhledem k obecné populaci (Sussman, 1992). Čtenáře tedy nabádám, aby zmíněné limity bral při interpretaci níže uvedených výzkumů v potaz.

Výzkumy motivů k volbě psychoterapie jako povolání lze rozdělit na dva základní pohledy. První hledá společné prvky v životě jedinců, kteří se rozhodli věnovat se psychoterapii nebo ji studovat. Na tomto základě se snaží provést generalizaci. Druhý přístup pak zkoumá osobnostní rysy či dispozice vedoucí k této volbě. Oba pohledy se do jisté míry ovlivňují, určité elementy v životě mohou rozvinout konkrétní rysy a vlastnosti (B. A. Farber et al., 2005). Uvedené dělení odráží i dva Heckhausenovy koncepty motivace, tedy motivy jako dispozice a rysy, a motivy jako stavy a procesy.

Dle výzkumů je nejčastějším udávaným motivem pro zvolení dráhy psychoterapeuta altruistický motiv pomáhat lidem (Henry, Sims, & Spray, 1973). Tato odpověď je však zcela vědomá a sociálně žádostivá, založená na explicitních cílech, které, jak již bylo popsáno, často reflektují vlastní sebepojetí. Pravděpodobné motivy jsou však mnohem komplexnější a spíše nevědomé. I díky tomu nedokáže mnoho lidí přesně popsat svůj zájem o psychoterapii. Jako důvody uvádějí iracionální povolání (*having a calling*) vnitřním hlasem, který je k této profesi přitahoval. Cítí hlubokou zainteresovanost v psychologické tematice a svou práci pak vnímají jako poslání (Norcross & Farber, 2005). Edinger (1997) toto volání přirovnává k celosvětovému vnímání šamanů a knězů jako těch, které povolal božský hlas.

Ukazuje se, že za tímto nevysvětlitelným iracionálním povoláním stojí mnoho individuálních prvků v životě psychoterapeutů, jeden však napříč studii suverénně převažuje – nějaká forma **zranění**, které se lidé směřující do pomáhajících profesí snaží nevědomě vyléčit skrze těžkosti a utrpení druhých. Snaží se nalézt smysl ve vlastní bolesti, získat návod na řešení vlastních konfliktů. Tyto skryté motivy se stávají vědomými často až po dlouhé době, především díky vlastní sebezkušenosti (Holt & Luborsky, 1958). I při

uplatnění výzkumnické zdrženlivosti lze data z většiny studií zabývajících se motivací psychoterapeutů interpretovat tak, že již existuje značné množství klinických a empirických důkazů pro potvrzení této teze, teze zraněného léčitele (Barnett, 2007; Elliott & Guy, 1993; B. A. Farber et al., 2005; Fussell & Bonney, 1990; Wolgien & Coady, 1997).

Nejnovější data z obdivuhodné 15 let probíhající longitudinální studie s diverzifikovaným vzorkem (N=3557) praktikujících terapeutů různých psychoterapeutických směrů, profesních zaměření i zemí původu přináší Orlinsky & Rønnestad (2005). Do svého dotazníku zařadili otázku „Do jaké míry cítíte, že Váš vývoj jakožto terapeuta byl ovlivněn motivací prozkoumat a vyřešit své vlastní osobní problémy?“ Téměř polovina (48 %) odpověděla „mnoho“ nebo „velmi mnoho“ a pouze 16 % uvedlo „vůbec“ a „mírně“. Alison Barr (2006) přišla s obdobným zjištěním, tudíž že 74 % terapeutů z jejího vzorku (N=253) zažilo jednu či více zraňujících zkušeností, která je následně vedla k volbě povolání. Terapeuti z těchto výzkumů již udávali zcela jiné motivy, nežli pouhé altruistické pohnutky před zahájením studia či vstupem do praxe. Uvedené výsledky reflektují pouze explicitní motivy, je možné, že implicitní motivy by tato procenta ještě zvýšily.

Výzkumníci dále zkoumali formy a obsahy jednotlivých zranění, jež se však dle jednotlivých studií lišily. Nebylo možné se stoprocentní jistotou přesně určit specifická zranění či sousled zážitků, které by jedince vedly k psychoterapii, i tak zde popíši nejtypičtější z nich. Mohlo jít jak o vlastní, přímá zranění, tak o zranění zástupná, kdy došlo k významným setkání s bolestí druhých. Ke zranění nejčastěji docházelo během dětství v primárním **rodinném prostředí**, někdy ovšem zahrnovalo i rozšířenou rodinu. Terapeuti procházeli zvláště obtížným dětstvím, byli svědky traumatických zážitků či nemoci v rodině. Specifickým případem jsou příbuzní s duševním onemocněním, ke kterým si budoucí terapeuti jako děti vytvoří intenzivní emocionální vztah, plný ambivalence, pocitů studu a hněvu, který nemohli ventilovat, a zároveň viny za tyto pocity (Krenek & Zalewski, 1993; Racusin, Abramowitz, & Winter, 1981; Reppen, 1998).

V rodinném prostředí se nejčastěji objevovala typická zranění, spojená s emocionálním distresem a dysfunkcionalitou mezilidských vztahů, která shrnu pod kategorii **narcistická zranění**. S odkazem na kapitolu o narcismu docházelo v těchto případech k narušení zdravého vývoje sebepojetí, pakliže rodiče nedokázali nejprve poskytnout dítěti adekvátní nasycení jeho narcistických potřeb (zrcadlení a idealizace), a posléze v něm křehce probudit

realistické zjištění, že tyto potřeby nebudou vždy naplňovány. Jedním z faktorů byla absence klíčových rodičovských figur z důsledku smrti, nemoci, rozvodu či odloučení. Otcové hráli v rodinách vedlejší roli, byli pasivní či emociálně nepřítomní, mnohdy přísní. Budoucí terapeuti vnímali matky jako dominantní, vlastnické, a přisuzovali jim centrální roli v rodině (Fussell & Bonney, 1990). Millerová (2008) popisuje matky budoucích terapeutů jako narcistní, s vysokými emocionálními požadavky, které své děti učí stát se intenzivně citlivými k jejich vlastním emocím, oproti emocím, které vycházejí z dětí samotných. Během dětství se budoucí terapeuti s matkami mnohem více identifikovali. V adolescenci popisovali terapeuti výrazné konflikty s matkami při pokusech o separaci (Ford, 1963).

Terapeuti si volí pomáhající profese na základě hluboké potřeby naplnit vlastní emociální prázdnotu, jež byla způsobena syndromem falešného já, neboť zažili emociálně nejisté narcistní pečovatele, kteří byli závislí na emociální stabilitě dítěte. Takové děti se cítily být zodpovědné za emoční zdraví ostatních členů rodiny, byly hodné, poslušné a často dávaly potřeby druhých před potřeby své vlastní, a to především kvůli tomu, že zažívaly vlastní emociální péči až potom, co ji samy dávaly. Jejich sebehodnota je založena na pomáhání a pečování o ostatní. Naplnění vlastních potřeb se odvíjí od naplnění potřeb druhých (Guy, 1987; A. Miller, 2008).

U terapeutů byl zjištěn zvýšený výskyt převrácení role rodič–dítě, kdy děti přebíraly role pečovatele a důvěrníka. V mnoha případech děti zastávaly pozici prostředníka, vyjednavče a usmiřovatele, nejdříve mezi otcem a matkou, posléze i mezi dalšími členy rodiny. Již v dětství se tedy děti naučily být jakýmsi předobrazem terapeuta. Díky tomu se u budoucích terapeutů velmi intenzivně rozvíjely vlastnosti jako intuice, citlivá empatie, pozorování a vnímání druhých, protože byly okolím vědomě či nevědomě vyžadovány, oceňovány a posilovány (Cushway, 1995).

Maeder (1989, 47) je chápe jako předčasně dospělé děti, které *„prošly dětstvím příliš rychle, bez lásky, bezpečí a péče, kterou si děti zaslouží“*. Psychoterapeuti jsou s větší pravděpodobností nejstarší děti v rodině nebo jedináčci (Henry et al., 1973). Protože se tato role zvnitřnila a stala se jediným zdrojem identity budoucích terapeutů, jejich kroky přirozeně směřovaly ke „znovupotvrzování“ vlastní hodnoty skrz druhé, kteří potřebují opečovat v intimním prostředí, do pomáhajících profesí. Mnoho studentů se popisuje jako „dobří posluchači“ pro své okolí a přátele, často na základě toho, že jim to sdělili právě lidé z jejich okolí (Fussell & Bonney, 1990).

Narcistní zranění a z něj vycházející potřeby pomáhat druhým, a tím potvrzovat vlastní sebehodnotu, stejně tak jako potřeby afiliace a intimity, však nemusí nutně pramenit z rodinného prostředí, ale z širšího sociálního okolí. Farber (2005) zjistil, že mnoho psychoterapeutů zažívalo v dětství a dospívání ve zvýšené míře pocity smutku, osamělosti či izolovanosti od ostatních. Tyto zážitky vedly k frustraci potřeb afiliace a intimity. Profese psychoterapie je díky specifickému intimnímu prostředí, které rámeček psychoterapeutického vztahu nabízí, ideálním prostředkem uspokojení této kombinace potřeb.

Intimita v psychoterapeutickém prostředí podléhá jasné struktuře a kontrole, dochází k ní za opatrného svolení a rozhodnutí terapeuta. Tato převážně jednostranná intimita umožňuje navazovat blízké vztahy z bezpečné vzdálenosti, bez osobní zainteresovanosti a možnosti vlastního zranění. Dle Bugentala (1964) může díky tomu psychoterapeutická praxe být náhražkou za reálný život pro ty, kteří se cítí impotentní a plní strachu ve svém vlastním životě. Umožňuje jim to mít moc a vliv na životy druhých lidí, zažívat blízkost a vyhýbat se osamělosti. Tento typ intimního vztahu je tedy ideální pro jedince, kteří po intimitě zoufale baží, ale zároveň se bojí, že je může pohltnout. Stejně tak je atraktivní volbou povolání pro studenty, kteří dokáží uspokojení této potřeby afiliace a sebepotvrzení skrze pomáhání druhým anticipovat jako cílové chování. Tato anticipace intimity bez možnosti vlastního zranění je vnímaná jako obzvláště silná odměna (Barnett, 2007).

Komentář Goldberga (1986, 48) je dobrým příkladem tohoto pohledu na motivaci psychoterapeutů:

Mnoho z nás, kteří se rozhodli stát se psychoterapeuty, tak činili s nadějí, že se můžeme plnohodnotně účastnit intimních vztahů bez rizika bolesti nebo zklamání, které jsme zažili v našich dřívějších pokusech o lásku a přátelství, především v našich vlastních rodinách.

Z procesuálního pohledu na motivaci psychoterapeutů se vyskytovala ještě další témata, kterým terapeuti přisuzovali vliv na jejich volbu povolání. Jedním z nich byla zkušenost s psychoterapií v pozici klienta. Druhým bylo ovlivnění mentorem, nějakou autoritou. Následovalo ovlivnění psychologickými teoriemi. Mnohým z terapeutů sloužila literatura jako únik od bolesti pramenící z nepříznivé situace v realitě, jiní se snažili nalézt smysl či pochopení v lidském chování a jednání (B. A. Farber et al., 2005; Reppen, 1998).

Druhý pohled na motivaci psychoterapeutů se zaměřuje na osobnostní dispozice. Předpokládá, že se psychoterapeuti neliší od běžné populace množstvím a způsobem zranění

v dětství, ale tím, jakým způsobem tyto zážitky mentálně zpracovávají. Výzkumníci nevnímají tyto dispozice jako zcela vrozené, ale převážně jako získané, odvíjející se od předchozích životních zkušeností (převážně bolestných) a potřeby dát smysl těm zážitkům, které se zdály být nepochopitelné. K přirovnání můžeme použít termín *talent*, tedy mimořádně rozvinutou schopnost vnější činnosti, která však má základ ve vrozeném *nadání*. Tyto dispozice se souhrnně označují jako **psychologické smýšlení** (*psychological mindedness*) a zahrnují takové vlastnosti jako je vysoká míra zvědavosti, empatie, intuice, schopnost hluboké introspekce a sebereflexe (B. A. Farber et al., 2005).

Souhra těchto dispozic začíná u budoucích psychoterapeutů v adolescenci spouštět zvláště silnou potřebu porozumět sobě a svému okolí. I proto byly terapeuty hned po nejčastěji uváděném motivu „pomáhat druhým“ identifikovány jako nejčastější udávané motivy „potřeba porozumět druhým“ a „potřeba porozumět a pomoci sám sobě“ (Henry et al., 1973). Budoucí terapeuti jsou fascinováni otázkami lidského chování a jednání. Jsou to neustálí pozorovatelé nejen svého okolí, ale i sami sebe. Snaží se nacházet smysl v mezilidských vztazích. Důležitým vrozeným aspektem psychologického smýšlení je jistá míra intelektu, která je nutná pro komplikované mentální analýzy a syntézy. Často se pak na základě těchto schopností stávají důvěrníky v rodině či mezi vrstevníky. Stejně tak vede tento zájem o otázky lidské psychiky budoucí psychoterapeuty ke studiu literatury a k hledání mentorů (B. A. Farber et al., 2005).

Psychologické smýšlení je typické propojováním emocí a kognitivního vhledu, tedy jakousi „emoční smysluplností událostí“. Lidé s tímto smýšlením jsou schopni vnímat individuální emoční nuance u sebe i u druhých, dokáží integrovat kognitivní a emocionální komponenty do adaptivní, emocionálně bohaté formy, která je pro recipienty smysluplná a srozumitelná. Takové smýšlení představuje empatii, tedy schopnost vcítit se do situace druhého člověka, vnímat jeho kognitivně-emocionální rámec¹³. Na základě toho dokáže psychologicky smýšlející jedinec druhé osobě poskytnout interpretace událostí takovou formou, která je vyladěna na její kognitivně-emocionální rámec. Zjednodušeně lze tedy psychologické smýšlení popsat jako silně rozvinutý talent organizovat a komunikovat empatické porozumění smysluplnou a srozumitelnou cestou. Psychoterapeuti se pak tento svůj vhléd snaží zprostředkovat skrze psychoterapii i klientům (B. A. Farber et al., 2005; Klein, Bernard, & Schermer, 2010).

¹³ Zjednodušeně řečeno individuální pohled na sebe samotného a na své okolí, „pohled na svět“.

Poslední skupina motivů se vztahuje k aktuální motivaci psychoterapeutů k setrvání v jejich profesi. Explicitně uvedené altruistické důvody pomáhat druhým jsou opět nejčastějším udávaným motivem (Henry et al., 1973). Důležitou pohnutkou je i vlastní sebepoznání a porozumění druhým (Skovholt & Jennings, 2017). Ve studii Stevanovice a Ruperta (2004) uvádějí psychoterapeuti jako nejčastější motiv uspokojení plynoucí z jimi podporovaného osobnostního růstu a uzdravení u klientů. V menší míře byly uváděny i motivy profesní svobody. Takoví terapeuti vyzdvihují vysokou autonomii psychoterapeutické praxe, možnost volit si vlastní pracovní dobu, poplatky, být sám sobě šéfem, možnost flexibility. Někteří terapeuti zmiňovali důležitost intelektuální stimulace, kterou jim praxe umožňuje. Obecné zalíbení v psychoterapeutické práci byl rovněž vyskytující se motiv. Terapeuti tedy spatřují největší uspokojení v pocitu, že mohou druhým pomoci, že mohou mít vliv na pozitivní změny (B. A. Farber et al., 2005).

Motivace je natolik komplexní fenomén, že není možné izolovat a následně generalizovat jeden prvek motivačního chování či jednání a vyvozovat spolehlivé explanační závěry, a to ani u populace pomáhajících profesí, natož psychoterapeutů. Podobně nejistou pozici mají altruistické motivy, které jsou v čisté formě spíše nedosažitelným ideálem a často jsou před volbou profese pouhým explicitním vyjádřením motivačního cíle, který potvrzuje vlastní sebepojetí a je sociálně žádoucí. V pozadí většinou stojí hlubší implicitní a iracionální motivy. S těmito iracionálními motivy souvisí i mnohé nebezpečné stínové aspekty pomáhajících profesí, jež mají původ především v narcistických zraněních a potřebách sebelásky, moci, afiliace a výkonu.

Volba profese psychoterapeuta i setrvání v ní je multifaktoriálně podmíněná jak vnějším, tak vnitřním prostředím. I přesto se však dá poukázat na významná opakující se témata. Bolestivé zážitky z dětství, na základě kterých se může rozvinout částečně vrozený soubor specifických schopností, psychologické smýšlení. Toto smýšlení vede k pozorování chování a emocí u sebe i u druhých lidí, čemuž se budoucí psychoterapeuté snaží porozumět, v adolescenci často skrze literaturu, mentora nebo vlastní individuální psychoterapii. Díky psychologickému smýšlení se mnohdy už od dětství stávají důvěrníky pro druhé. Z dispozičního hlediska hrají nejdůležitější roli explicitně formulované motivy pomáhat druhým (a sobě), motivy porozumět druhým (a sobě), motivy afiliace a (bezpečné) intimity, motivy intelektuální stimulace a v poslední řadě i motivy profesní autonomie (B. A. Farber et al., 2005; Watts, 2014).

3.6 Shrnutí teoretické části

Již bylo zmíněno, že archetypy jsou všeprostopující fenomény. Archetypální obraz zraněného léčitele se nejčastěji uplatňuje během léčebných vztahů, je však neméně důležitý i vzhledem k motivaci. Ponevadž mají archetypy regulační charakter a ovlivňují lidské chování a jednání, zkušenosti se zraněním a pozicí „zraněného“ mohou vědomě či nevědomě, na základě homeostatických kompenzatorních mechanismech psyché, vést lidi k potřebě konstelovat jejich vnitřního „léčitele“. Jedním z takových projevů pak může být směřování do pomáhající profese se snahou porozumět vlastním zraněním a vyléčit je. Toto pojetí analytické psychologie je v souladu s výsledky drtivé většiny empirických výzkumů. Jungova analytická psychologie k osvětlení zranění používá koncepty archetypů a stínu, psychoanalytičtí teoretikové používají koncept narcismu, opřený o teorii objektních vztahů. Jádro těchto pohledů je však stejné, neboť společným rysem je nějaké zranění, které je příčinou zpočátku iracionálního volání k léčení druhých, jenž je mnohdy explicitně popisováno jako altruistické motivy pomoci druhým. Skrze léčení (či jeho anticipaci) druhých se však více či méně vědomě uskutečňuje léčení vlastní. Pokud tyto nevědomé motivy zůstávají neodkryty (bez dostatečné sebezkušenosti ve výcviku, supervizi, vlastní psychoterapii či samovolným vzhledem díky životním zkušenostem), mohou vést k poškození vlastní osoby (syndrom vyhoření, závislosti, deprese...) nebo k poškození druhých (sycení vlastních potřeb moci, afiliace, výkonu, sebelásky). Na základě shody nejen mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry, ale i mezi všemi obory pomáhajících profesí se používá pojem „zraněný léčitel“ jako univerzální označení pro fenomény v této práci popsané.

Na první pohled může motivace jedinců v pomáhajících profesích vypadat jako noblesní altruismus, opak se však zdá být pravdou. Bolesti se u těch, kteří ji léčí, nachází naopak mnohem více než v běžné populaci. Zraňující zážitky, jak se ukazuje, jsou přirozenou součástí životních cest takových jedinců. Nelze na ně však nahlížet jako na ryze negativní. Jakkoliv zraňující a těžká se cesta léčitele může zdát, i utrpení může být přetvořeno v mocný dar, jenž učí léčitele pomáhat. Pro objevení tohoto daru je však nezbytné neustále zkoumat svůj stín a zranění s ním spojená, nepřestávat se ptát, neboť je léčitelova zodpovědnost odhalovat své vlastní pohnutky a zacelovat své vlastní rány tak, aby neinfikovaly ostatní. Z nevědomého činit vědomé. Ve vlastním stínu nalézt světlo a přinášet ho tam, kde je stín u druhých. Léčit.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Před tím, než se zaměřím na deskripci empirické části diplomové práce, je nutné zmínit mou bakalářskou práci *Archetyp zraněného léčitele* (Mlčoch, 2015), jejíž realizaci lze považovat za formu **předvýzkumu**, neboť formovala výzkumné cíle pro práci diplomovou. Tato rozsáhlá teoretická práce obsahovala přehled předchozích výzkumů na téma archetypické představy zraněného léčitele, včetně jeho zasazení do širšího kontextu Jungovy analytické psychologie a vybraných příběhů řecké mytologie. Tuto práci tedy považuji za základní kámen inspirace především díky velmi detailní rešerši opřené o 135 zdrojů.

Cílem výzkumu bylo prozkoumání konceptu archetypické představy zraněného léčitele v praxi a získání co nejvíce informací o jeho působení a jeho možných projevech. Archetypický obraz zraněného léčitele se objevuje u všech lidí ve všech situacích, které jeho působení vyvolávají. Již z podstaty archetypu se jedná o abstraktní pojem. Jeho působení, jak již víme z teoretické části, lze tedy pouze usuzovat z jeho projevů. Pro následné empirické zkoumání bylo nutné položit si otázku: *Kdy, kde a jakým způsobem dochází nejčastěji k jeho projevům a jaké podmínky se jeví pro jeho zkoumání v co nejširší rovině jako nejužitečnější*. Na základě studia odborné literatury byla určena celková populace, kde je koncentrace projevů archetypické představy zraněného léčitele nejvyšší – množina pomáhajících profesí. Jelikož se stále jednalo o příliš široký soubor, rozhodl jsem se jej konkrétněji zaměřit na populaci praktikujících psychoterapeutů.

Výzkumným problémem bylo určit jakým způsobem lze nahlížet na koncept archetypické představy zraněného léčitele u psychoterapeutů.

Stále šlo o velmi nespecifické téma, vyvstala tedy nutnost určit konkrétní oblasti v životě psychoterapeutů, ve kterých budou projevy tohoto archetypického obrazu nejlépe pozorovatelné. V úvahu připadaly dva okruhy, prvním bylo zkoumání těchto projevů v psychoterapeutickém a sebezkušenostním procesu, kdy se jako nejvhodnější jevila problematika použití sebeodhalení vlastní zraněnosti. Druhý okruh se týkal oblasti vývoje motivace psychoterapeutů, od procesu rozhodnutí věnovat se psychoterapii, skrz studium psychologie na vysoké škole, volbu psychoterapeutického výcviku a konečně až po aktuální motivaci setrvávat v psychoterapeutické profesi. Nakonec jsem se pro diplomovou práci rozhodl zpracovat pouze druhou z výše uvedených variant, a to z důvodu rozsahu tématu

motivace. Data od participantů však byla získána na oba okruhy, bude možné je tedy využít pro další možný výzkum.

Výzkumným záměrem bylo zmapovat u vybraného souboru praktikujících psychoterapeutů, jakým způsobem byl, či stále je jejich život ovlivněn archetypickou představou zraněného léčitele v oblasti motivace.

Hlavní výzkumná otázka s ohledem na zmíněný výzkumný záměr je formulována takto:

Kdy a jakým způsobem dochází k motivaci u psychoterapeutů ve vztahu k jejich profesi, s ohledem na případný výskyt zranění?

Hlavní výzkumná otázka je postulována celkem široce a může působit na čtenáře kostrbatě. Cílem bylo formulovat ji tak, aby zahrnovala tematiku zaměřenou na archetypickou představu zraněného léčitele, spjatou se zraněním a jeho uvědoměním pouze jako možnou podmínku související se sledovaným jevem, nikoliv jako implicitní předpoklad motivace celého výzkumného souboru. Ve výzkumu jsem vycházel z metody zakotvené teorie, které se podrobněji věnuji v následující kapitole, je potřeba ji však zmínit i v souvislosti s výzkumnými otázkami, neboť právě i jich se dotkla – konkrétně v postupné redukci původních tří samostatných hlavních výzkumných otázek, kdy jedna byla zaměřena na problematiku motivace, druhá se zabývala čistě zraněním včetně jeho uvědomění a poslední měla zkoumat téma sebeodhalení vlastní zraněnosti v psychoterapeutickém procesu. První dvě témata se díky později zjištěným překryvům v datech sloučila do jedné otázky, a od třetího tématu bylo kvůli jeho rozsahu, který by vydal na samostatnou práci, upuštěno zcela.

Navazující **doplňující dílčí výzkumné otázky** zní následovně:

- a. Jak se u psychoterapeutů v průběhu jejich života vyvíjela motivace k psychoterapii?
- b. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k výběru studia psychologie?
- c. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k zahájení psychoterapeutického výcviku?
- d. Jaké aspekty motivace psychoterapeuti spatřují ve své současné práci?
- e. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k případnému zranění?
- f. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k uvědomění této zraněnosti?

5 Metodika

V této obsáhlé kapitole bude postupně popsáný celkový metodologický rámec empirické části diplomové práce. Zařazení určitých podkapitol může působit netradičním uspořádáním, ovšem z hlediska přehlednosti se mi zdálo vhodnější použít řazení, které více odpovídá reálnému postupu výzkumu. Rovněž jsem dbal na logickou návaznost jednotlivých podkapitol. Z tohoto důvodu se nejprve věnuji ozřejmění zvoleného typu výzkumu. Navazuji podkapitolou o metodách získávání dat. Jelikož s předchozí podkapitolou úzce souvisí i výzkumný soubor, ze kterého jsou data získávána, je zde věnován prostor jeho deskripci, včetně konkrétních výzkumných postupů při získávání dat. Dále jsou rozebrány metody zpracování a analýzy dat, opět s popisem postupu. Etickou problematikou se zabývám na konci této kapitoly, protože se váže ke všem výše zmíněným podkapitolám. Tímto řazením je dle mého názoru docílen přesnější popis celkového výzkumného procesu, včetně zachování reálné časové posloupnosti vzhledem k jeho jednotlivým krokům.

5.1 Zvolený výzkumný rámec

Jak již bylo zmíněno výše v kapitole o výzkumném záměru, archetypický obraz zraněného léčitele je abstraktní konstrukt. I přesto, že archetypické obrazy mají nějaké zobecněné formální projevy, jejich obsahové jádro je tvořeno specifickým vědomým či nevědomým materiálem daného jedince. Pro zkoumání jeho nepřímých projevů v celkovém kontextu bylo bezpochyby nutné použít hloubkovou individuální analýzu každého participanta a detailně prozkoumat i možné nevědomé motivy. Této podmínce nejlépe odpovídalo zvolení **kvalitativního designu výzkumu**.

Jako nejvhodnější se jevila **metoda zakotvené teorie** vyvinutá Glaserem a Straussem, konkrétně její verze propagovaná Straussem a Corbinovou (1999). Jedná se o výzkumný přístup založený na induktivní analýze a následné deduktivní syntéze dat. Výsledkem je formulace teorie přímo „zakotvené“ v získaných datech. Nejedná se tedy o ověřování předchozí teorie, nýbrž o snahu vytvořit teorii novou, která se opírá o data a pozorované vztahy mezi nimi. Tato metoda reprezentuje komplexní přístup k výzkumu jako k celku, ve všech jeho fázích, od správného formulování výzkumné otázky přes získávání a analýzu dat, po jejich interpretaci.

Mezi specifické postupy této metody patří **metoda neustálého porovnávání**, kdy se jednotlivé prvky i fáze výzkumu ustavičně systematicky přezkoumávají a doplňují tak, aby odpovídaly nejnovějším poznatkům výzkumníka a bylo dosaženo co nejvýstižnější finální interpretace. Jde tedy o formu organického procesu výzkumu. Zakotvená teorie využívá **teoretického vzorkování**, což je proces souběžné tvorby, analýzy a interpretace dat. Výzkumný soubor je průběžně rozšiřován nebo redukován podle výzkumníkovy potřeby do té doby, než je dosažena **teoretická saturace** – tedy taková situace, kdy další rozšiřování vzorku nepřináší žádné nové poznatky vzhledem k současnému stavu analýzy dat (Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Již bylo popsáno, že metoda zakotvené teorie představuje komplexní přístup ke všem fázím výzkumného procesu. Nyní tento specifický přístup blíže představím. Začíná se položením výzkumné otázky, která se formuluje v co nejširší možné míře vzhledem k danému výzkumnému problému. Postupně se v procesu výzkumu s ohledem na nové poznatky z „naturalistických“ dat reviduje a konkretizuje. To byl případ i mého výzkumu, kdy došlo k redukci tří výzkumných oblastí na jednu týkající se motivace psychoterapeutů¹⁴. Dalším z důvodů setrvání u zakotvené teorie byl fakt, že z kvalitativních metod skýtá nejlepší předpoklady k teoretickému zachycení zákonitostí procesů, jímž motivace bezpochyby je (Řiháček et al., 2013).

Strauss a Corbinová (1999) popisují v rámci své metody tři fáze analýzy dat:

- 1. Otevřené kódování:** Úseky textu nesoucí nějakou obsahovou informaci vzhledem k výzkumné otázce jsou označeny („zakódovány“) příslušným pojmem. Tyto pojmy jsou posléze slučovány do vyšších významových jednotek, kategorií. U kategorie lze dále rozlišovat její dimenze a vlastnosti. Kategorií může být i několik úrovní. V této fázi se nejintenzivněji uplatňuje metoda neustálého porovnávání, kdy jednotlivé pojmy či kategorie jsou rozšiřovány či redukovány, dochází k jemnějším úpravám výzkumné otázky. Jde především o třídění dat a konceptualizaci dalšího postupu ve výzkumu. V tomto stadiu se uplatňuje především induktivní myšlení.

¹⁴ Blíže byl můj postup z důvodu přehlednosti popsán již v kapitole o výzkumných otázkách.

2. **Axiální kódování:** Dochází k postupnému nacházení vztahů mezi kategoriemi. K tomu má pomoci využití níže uvedeného paradigmatického modelu, kdy za jednotlivá stadia v různých kombinacích dosazujeme námi vytvořené kategorie. V tomto stadiu již dochází ke kombinaci induktivního a deduktivního myšlení.
- (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY*
3. **Selektivní kódování:** Pro tuto fázi je charakteristické hledání nejvíce „zakotvené“ centrální kategorie, která je dávana do vztahu s ostatními kategoriemi. Dochází k formulaci výsledné teorie, která je postupně ověřována.

Využití principů metody zakotvené teorie, které jsem zde teoreticky nastínil, dále konkrétněji rozepisují z praktického pohledu u jednotlivých podkapitol. Takové členění dle mého názoru napomáhá lepší koherenci textu.

5.2 Výzkumný soubor

5.2.1 Výběr výzkumného souboru

Výzkumná otázka již jasně definovala celkovou populaci (základní soubor) výzkumu, která se jeví jako vhodná pro sledování projevů archetypické představy zraněného léčitele, tedy množinu psychoterapeutů. Poněvadž jde o velmi široký soubor, byla zvolena následující **kritéria pro zařazení do výzkumného souboru**, jež tento rozsah redukuje:

- participanti mají absolvovaný vysokoškolský obor jednooborová psychologie
- doba od ukončení studia je minimálně 5 let
- participanti mají alespoň započatý psychoterapeutický výcvik
- psychoterapeutický výcvik musí obsahovat sebezkušenostní část
- minimální velikost souboru byla stanovena na 10 participantů

Těmito kritérii jsem chtěl zajistit především znalostní (absolutorium jednooborové psychologie) i osobnostní zralost participantů (psychoterapeutický výcvik), neboť jsem předpokládal, že u mladších jedinců bez sebezkušenostní praxe bude pravděpodobnost přítomnosti stále nevědomých zranění, a tudíž i nevědomých motivů jednání, mnohem vyšší. Omezení minimální dobou od ukončení studia jsem chtěl u účastníků výzkumu zajistit

spodní hranici délky praxe. Zde jsem ovšem nepočítal s možností, že ne každý absolvent jde touto cestou. Jelikož můj soubor tvořilo hodně žen, mnoho z nich zmiňovalo otěhotnění a následnou rodičovskou dovolenou, která v jednom případě způsobila, že délka praxe byla pouze 3 roky. I přesto jsem se rozhodl zařadit participantku do souboru, neboť splňovala jev kritériem sledovaný, tedy dostatečnou míru sebereflexe.

Posledním kritériem byla velikost souboru. Zde je třeba tento krok odůvodnit. Jak bylo uvedeno výše, mezi specifické postupy metody zakotvené teorie patří teoretické vzorkování. Jelikož jsem však vycházel ze studia množství realizovaných výzkumů ohledně archetypické představy zraněného léčitele, troufl jsem si určit velikost výzkumného souboru předem. Výsledkem byla teoretická nasycenost v ústřední kategorii ještě dříve, než jsem tvorbu dat ukončil. Výzkum však byl dalšími participanty obohacen o širší poznatky v méně významných kategoriích.

Proces výběru participantů probíhal nepravděpodobnostní metodou, **prostým záměrným výběrem**. Nejprve byl sestaven seznam psychologů z veřejně dostupných internetových zdrojů. Toho jsem dosáhl pomocí různých vyhledávacích nástrojů a zadávání klíčových spojení „psycholog“, „psychoterapeut“ a „název obce či kraje“. Počet vhodných uchazečů splňující kritéria byl 48. Šlo o 11 mužů (23 %) a 37 žen (77 %). Třicet pět kandidátů bylo z Olomouckého kraje a 13 z kraje Pardubického.

Zpočátku jsem volil telefonický kontakt, po značných neúspěších dovolat se, či nemožnosti vysvětlit v krátké době výzkumný záměr, jsem se rozhodl přejít ke kontaktování prostřednictvím e-mailu. Psychoterapeutům jsem zaslal e-mail s žádostí o účasti na výzkumu, s krátkým ozřejmením výzkumného záměru, aby nedošlo k přílišnému zkreslení výzkumného souboru. Tento e-mail uvádím v Příloze č. 1. Na mou žádost 29 (60 %) psychologů neodpovědělo vůbec, 13 (27 %) nabídku přijalo a 6 (13 %) odmítlo. Nejčastější důvody přijetí byly dle výpovědi participantů zájem o výzkumný záměr a „splacení dluhu“, kdy někteří psychologové vnímali potřebu oplatit někomu dalšímu službu, neboť oni sami někdy prováděli kvalitativní výzkum. Dva z psychologů, kteří účast odmítli, uvedli jako důvod starobní důchod, 4 neuvedli žádný konkrétní důvod. S psychology, kteří se vyjádřili kladně, byla následně domluvena osobní schůzka.

5.2.2 Popis výzkumného souboru

Sběr sociodemografických údajů předcházel samotnému rozhovoru zaměřenému na tvorbu dat pro výzkumný záměr. Některé údaje jsem získal již při výběru souboru prostřednictvím internetu. Zajímaly mě následující informace:

- věk
- pohlaví
- délka praxe
- typ psychotherapeutického výcviku
- současné povolání

Výzkumný soubor se skládal ze všech **13 praktikujících psychotherapeutů**, kteří vyjádřili zájem se výzkumu účastnit, nedošlo tedy během období realizování schůzek k žádné mortalitě výzkumného souboru. Věk participantů se pohyboval mezi 31 a 55 lety (průměr 40,5 roku). Do výzkumu se zapojilo 10 žen (77 %) a 3 muži (23 %). Z hlediska rozložení pohlaví zcela přesně kopíroval použitý výzkumný soubor předchozí soubor vhodných kandidátů, ze kterého se vybíral. Délka praxe měla dle předchozích kritérií pro výběr souboru začínat minimálně na 5 letech, čehož v jednom případě nebylo dosaženo, z důvodů popsaných výše. Spektrum délky praxe začínalo již na 3 letech a končilo na 31 letech, s průměrem 12,1 let. Variabilita zaměření psychotherapeutických výcviků byla také vysoká. Jeden participant měl výcvik nedokončený a 1 byl stále ve výcviku. Nejvíce zastoupen byl výcvik v analytické psychologii, ovšem pouze u dvou participantů. Informace o věnování se psychotherapii v praxi se značně lišily. Od psychologů věnující se psychotherapii 2 hodiny týdně po psychotherapeuty „na plný úvazek“. Do výzkumného souboru byly zařazeni 4 atestovaní kliničtí psychologové a 1 v předatestační přípravě.

K úplné představě o sociodemografické charakteristice výzkumného souboru je třeba započítat i kritéria pro jeho výběr, uvedené v předchozí podkapitole. Vzhledem k těmto kritériím měli 2 participanti před absolutoriem jednooborové psychologie už jiné vysokoškolské vzdělání. Co se geografického rozložení týče, 7 účastníků provozovalo svoji praxi v kraji Pardubickém a 6 účastníků v kraji Olomouckém. Participantů byli navštíveni ve 4 různých obcích, jejichž názvy však nejsou z etických důvodů uvedeny. Blíže je tento krok vysvětlen v podkapitole o etických problémech.

Výzkumný soubor se jeví jako značně diverzifikovaný ve většině kritérií, od věku, po zastoupení pohlaví, které je v pomáhajících profesích značně ve prospěch žen, přes délku praxe, rozdílnost psychotherapeutického vzdělání až po časový rámec věnovaný psychotherapii v praxi daných jedinců. Soubor tedy lze označit za **reprezentativní** vůči cílové populaci. Níže jsou uvedeny vybrané charakteristiky výzkumného souboru v Tabulce č. 1.

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného souboru (N=13)

	věk	praxe	výcvik	povolání	pohl.	kraj
R1	35-40	8	systemika	lektor, supervizor, terapie 2h týdně	♀	Olomoucký
R2	55-60	31	nedokončený: gestalt, Rogers, logoterapie	soud. znalec, poradenství, terapie 4h týdně	♀	Pardubický
R3	30-35	7	gestalt	plný úvazek terapie	♀	Pardubický
R4	35-40	7	komunikační psychoterapie	plný úvazek terapie	♀	Olomoucký
R5	40-45	16	SUR, systemika	terapie 1 den týdně, ředitel	♂	Olomoucký
R6	30-35	6	ve výcviku, integrativní	klinik, plný úvazek terapie	♂	Olomoucký
R7	35-40	10	analytická psychologie	klinik 3/4 úvazek, OSVČ	♂	Pardubický
R8	45-50	19	psychosomatika	klinik, plný úvazek terapie	♀	Pardubický
R9	50-55	6	Integrativní	1/2 úvazek terapie (20h/m), úřednice	♀	Pardubický
R10	35-40	10	analytická psychologie	1/2 úvazek terapie (10h/m), lektor, supervizor	♀	Pardubický
R11	35-40	12	logoterapie	klinik, plný úvazek terapie (nyní RD – 2 dny týdně)	♀	Pardubický
R12	35-40	3	psychoanalýza	plný úvazek terapie	♀	Olomoucký
R13	45-50	22	nedokončený, psychosomatika	klinik, plný úvazek terapie	♀	Olomoucký
Ø	40,5	12,1				

5.3 Metody získávání dat

5.3.1 Polostrukturované interview

Za hlavní metodu získávání dat jsem zvolil metodu moderovaného rozhovoru, konkrétně variantu **hloubkového polostrukturovaného interview**, především díky možnosti detailně rozpracovat jednotlivá témata a zároveň udržet jasně danou výzkumnou kostru, tedy jádro interview. Výhod této metody jsem mnohokrát využil – například flexibility pořadí jednotlivých jádrových otázek, jenž jsem přizpůsoboval vždy na míru každého participanta, dle kvality navázaného vztahu a logické provázanosti jím zmiňovaných témat. Jelikož se rozhovor týkal citlivých témat, postupoval jsem metodou „trychtýře“ a otázky směřující na zraněnost participantů byly voleny většinou před koncem rozhovoru. U participantů, kteří

byli sdílní a sami se tématu zraněnosti dotkli, šlo doplňující otázky položit i dříve (Mioviský, 2006).

Samotné realizaci rozhovorů předcházela několikadenní brainstorming s jinou studentkou psychologie, při kterém jsme postupně probírali všechny možné varianty toho, jakým směrem se může interview ubírat, a byla zkonstruována předběžná verze interview. Ke každé výzkumné otázce jsem nejprve sestrojil seznam základních otázek, uveden je v Příloze¹⁵ č. 2. Posléze byly provedeny praktické nácviky rozhovorů, včetně použití digitálního diktafonu, opět v několika možných variantách, a výsledné poznatky byly zohledněny do finální verze interview.

Zpočátku však byla realizace metody polostrukturovaných rozhovorů velmi náročná. Díky otevřené povaze většiny otázek kladla značné nároky na orientaci a pozornost, neboť bylo možné v jednom souvětí odpovědět na několik jádrových otázek z různých oblastí najednou. Postupným tréninkem jsem si však schopnost vést tento typ rozhovoru osvojil a do značné míry tomu pomohl i přehledný formát záznamového archu, kde byly otázky seřazeny nikoliv dle sycených výzkumných otázek, ale dle logické posloupnosti spolu s možností zaznamenávat již zodpovězené otázky zaškrtnutím. Pro lepší orientaci jsem si vytvořil celkové hierarchické schéma postupu rozhovoru obsahující nejužší výzkumnou kostru, které jsem měl během rozhovorů vždy v zorném poli v neprůhledných deskách. Schéma uvádím jako Přílohu č. 3. Souhrnem těchto kroků bylo dosaženo menších nároků na moji pozornost a možnosti těsnějšího mezilidského kontaktu v rozhovoru, včetně větší míry mentální energie věnované paralelně probíhajícímu pozorování, které popisují v následující podkapitole.

Během brainstormingu a nácviků rozhovorů vyvstala otázka, jakým způsobem definovat zranění, protože každý tento pojem vnímá subjektivně. Aby nedocházelo ke zkreslení, rozhodl jsem se vložit do interview vsuvku, kdy jsem přečetl mnou formulovanou definici zranění a ujistil se, že ji participant rozumí a bude s ní tímto způsobem nakládat v další části rozhovoru. I přesto se v praxi stávalo, že jsem musel toto pojetí zranění dodatečně specifikovat, protože slovo zranění má příliš „závažnou“ konotaci. Z toho důvodu jsem k této vsuvce přidal spektrum zranění od traumatických zážitků po mírně bolestné, jako

¹⁵ Přílohy týkající se metod získávání dat se vztahují k formě výzkumu, kdy ještě nebyl zúžen výzkumný záměr pouze na motivaci psychoterapeutů, obsahují tedy i otázky na téma sebeodhalení zraněnosti.

příklad jsem uváděl rozchod v partnerském vztahu. Použitá forma interview je Přílohou č. 4.

Rozhovory probíhaly v lednu 2018 v rozmezí 21 dnů a pohybovaly se v rozsahu od 40 do 120 minut s průměrnou dobou trvání 64 minut. Zaznamenával jsem je pomocí digitálního diktafonu. Setkání byla realizována na pracovištích psychoterapeutů (n=11) či v kavárnách (n=2).

5.3.2 Pozorování

Druhou, avšak neméně podstatnou metodou při tvorbě dat bylo pozorování, v obou svých formách, jak extrospektivní, tak introspektivní. Extrospektivní metody **otevřeného zúčastněného pozorování** jsem využíval molárním přístupem, a to během probíhajících rozhovorů. Snažil jsem se vstřebat co nejvíce podnětů související jak s okolím, pokud se jednalo o pracoviště psychoterapeuta, tak s psychoterapeutem samotným. Zaměřoval jsem se převážně na vnější projevy chování, dále na to, jakým způsobem participant přistupuje k mé osobě a k výzkumné situaci. Dále mě zajímaly lingvistické a paralingvistické projevy. Tyto projevy se samozřejmě pojily i k obsahové verbální části jednotlivých odpovědí na otázky rozhovoru. Nejvýznamnější v praxi pro mě byly paralingvistické projevy nekongruentního charakteru s obsahem dané odpovědi.

Metoda vnějšího pozorování byla doplněna i **pozorováním introspektivním**, fenomenologického charakteru. V celém kontaktu s participantem, od první odpovědi na e-mail, přes vzájemné domlouvání schůzek, po realizaci našeho setkání, jsem se snažil vnímat hlubší kontext jednání participantů. Vzhledem k tomu, že jsem ze studia předchozích výzkumů věděl, že je třeba vnímat znaky možné **implicitní nevědomé motivace**, ostražitě jsem se snažil tyto projevy zachytit. Jelikož introspekce je výsostně subjektivní metodou, nelze se vyhnout určité formě zkreslení, neboť ačkoliv se jedná o metodu získávání dat, tyto data již z podstaty této metody podléhají jistému stupni interpretace, na více či méně vědomé úrovni. Fenomenologická metoda má i přesto své validizační pomůcky, kterých jsem využíval, například metodu korekce. Miovský (2006, 146) vnímá introspektivní přístup jako zcela legitimní vědecký postup, když o jím pozorovaných jevech hovoří takto: „Za podstatné je také třeba označit fakt, že tyto fenomény prostě existují, a jen proto, že je obtížné je

uchopit a zkoumat, je nemůžeme vyloučit z předmětu svého vědeckého zájmu. To je hrubé porušení základních vědeckých postupů.“

V praxi docházelo ke kombinaci obou metod, kdy často extrospektivně pozorovaný podnět vyvolal intuitivní reakci, jenž jsem dále introspektivně rozvíjel, snažil se hypotézu buď ověřit, nebo vyvrátit, opět na základě vnějšího pozorování. Po skončení rozhovoru jsem se dále věnoval **retrospektivní introspekci**, s ohledem na riziko snížené validity této metody.

Na závěr kapitoly o tvorbě dat musím vyjádřit svou vlastní zkušenost s touto činností. Díky kombinaci několika metod, snaže zachytit i implicitní sdělení pomocí paralelně probíhajícího pozorování a zároveň vést rozhovor na citlivé téma, ve kterém i menší ztráta pozornosti může znamenat ztrátu intimity navázaného vztahu a nemusí dojít k odhalení důležitých skutečností ze strany participanta, byl tento proces nesmírně náročný, zároveň však velmi obohacující.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

V této podkapitole se snažím o zachování časové posloupnosti při deskripci výzkumného postupu a o bližší popis použitých metod zpracování a analýzy získaných dat. Při zpracování a následné analýze dat bych se nemohl obejít bez softwarových pomocníků, konkrétně textového editoru MS Word 2016, tabulkového kalkulátoru MS Excel 2016, citačního organizéru EndNote X7 a v největší míře bez komplexního programu na zpracování a interpretaci kvalitativních dat, ATLASu.ti 7.5.7. Každý sehrál ve výzkumu svoji nezastupitelnou roli. Word pomáhal především ve fázi před realizováním rozhovorů, při veškerém textovém výstupu a následně při vytváření finální psané formy diplomové práce. Excel byl využíván kvůli přehlednosti tabulek, při sestavování vhodného výzkumného souboru a organizování dat o jednotlivých participantech v průběhu výzkumu. EndNote našel využití při třídění literárních zdrojů do kategorií a formátování jejich citací, jak v pro teoretické, tak v empirické části práce. ATLAS.ti hrál kritickou roli, poněvadž si bez něj nedokáži představit možné zpracování získaných dat.

ATLAS.ti nabízí širokou paletu nástrojů, nyní popíši ty, které jsem využíval. Získaná data jsem ve formě audionahrávek importoval. Díky možnosti nahrávku zpomalovat a jednoduše vracet zpátky o požadovaný časový úsek, byla **doslovná transkripce rozhovorů** podstatně

snazší. V syrové formě byl rozsah přepisů 250 000 znaků bez mezer, což je pro představu zhruba 140 nahuštěných normostran textu.

Když byl přepis rozhovorů hotový, přistoupil jsem ke kódování. Nejprve jsem se věnoval **předběžnému otevřenému kódování**, jak je popsáno výše dle terminologie metody zakotvené teorie. Postupoval jsem molekulárním přístupem, kdy jsem nejprve zakódoval všechny obsahové jednotky, byť s nepatrnými odchylkami, zvláště. Snažil jsem se tím maximálně respektovat induktivní charakter metody zakotvené teorie v tomto stádiu výzkumu. Odrazem bylo i časté použití *in vivo kódů* (zakódování použití slov samotných participantů) a názvů mých vlastních (Řiháček et al., 2013). Výstupem prvotního kódování bylo 281 kódů. Kódy byly posléze slučovány do kategorií, pomocí nástroje *code families*. Tyto kategorie byly prvotními zárodky budoucích ústředních kategorií ve finální teorii.

V tomto okamžiku jsem nejvíce začal uplatňovat princip neustálé komparace, který je jedním z nejtypičtějších znaků zakotvené teorie. Jelikož se povaha kódů díky zvolenému molekulárnímu přístupu v předběžném kódování zdála jako příliš detailní, přistoupil jsem k druhému kompletnímu překódování získaných dat, tentokrát již s určitou představou o kategoriích, které budou obsahovat kódy s větší hrubostí rozdílů mezi jednotlivými významovými jednotkami dat. Počet kódů klesl na 249. Induktivní třídění kódů a kategorií jsem podroboval postupně větší a větší míře abstrakce a získával nadřazenější pojmy.

V momentě, kdy se další redukce nedařila, přistoupil jsem k prvnímu použití **kódování axiálního**. Fáze kódování se začaly překrývat. Pro lepší abstraktivní manipulaci s jednotlivými příběhy psychoterapeutů jsem vyselekoval 12 kódů obsahující základní faktické události umožňující zachycení vývoje participanta v čase a jeho názorné převyprávění pomocí jednoduchého grafického zobrazení. Tím vzniklo Schéma č. 1.

Na základě tohoto schématu si může i čtenář udělat představu o konkrétních participantech. Sledované životní události jsou reprezentovány zkratkami. Údaje jsou následovány číslem, pokud je specifické období daného jevu známé. Zkratka VŠ obsahuje dvě období, první značí období rozhodnutí pro studium a druhé, oddělené středníkem pak období nástupu ke studiu. Někteří participanté studovali jinou vysokou školu před samotným studiem psychologie. Tato skutečnost však zde není vzhledem k relevanci zastoupena. První schéma bylo redukováno na 6 možných trajektorií, jenž lze pozorovat ve Schématu č. 2.

Schéma č. 1: Grafické znázornění životních událostí participantů.

	VÝVOJ V ČASE OD DĚTSTVÍ PO DOSPĚLOST
R1	[●] → [●] 20 → VŠ (21;21) → VÝCVIK (25) → ● → PST (25) → PSTPRAXE
R2	(●) → VŠ (16;18) → ● 19 → NEPST PRAXE → PST (29) → VÝCVIK (33) → UVĚDOMĚNÍ (35) → PSTPRAXE → ● 40 → ● 53
R3	● 15 → PST (15) → VŠ (15;18) → VÝCVIK (24) → ● → PSTPRAXE
R4	(●) 15 → PST (15) → VŠ (15;18) → UVĚDOMĚNÍ (22) → VÝCVIK (30) → PSTPRAXE → ●
R5	{●} → NEPSTPRAXE → PST (20) → VÝCVIK (20) → VŠ (21;25) → PSTPRAXE
R6	●? → PST (21) → VŠ (21;21) → ● → VÝCVIK (26) → PSTPRAXE
R7	●? → PST (16) → VŠ (16;19) → VÝCVIK (24) → PSTPRAXE
R8	●10 → PST (10) → VŠ (19;21) → VÝCVIK (27) → PSTPRAXE
R9	{●} → ● → NEPSTPRAXE → VŠ (30;30) → PST (33) → ● → VÝCVIK (33) – PSTPRAXE
R10	PST (12) → [●]17 → VŠ (12;19) → VÝCVIK (23) → PSTPRAXE
R11	(●) → VŠ (18;19) → NEPSTPRAXE → PST (26) → VÝCVIK (26) → ● → UVĚDOMĚNÍ (30) → PSTPRAXE → ● → UVĚDOMĚNÍ (37)
R12	(●) → VŠ (18;19) → VÝCVIK (30) → UVĚDOMĚNÍ (31) → PST (31) → PSTPRAXE
R13	(●) → VŠ (17;17) → (●)21 → NEPSTPRAXE → UVĚDOMĚNÍ (31) → ●33 → PST (33) → VÝCVIK (35) → PSTPRAXE

Legenda: ● zranění (●) nevědomé zranění {●} stále neuvědomované zranění ●? zranění hrálo roli, ale participant ho nechce specifikovat [●] zranění podle participanta nehrálo roli
PST – rozhodnutí věnovat se psychoterapii VŠ – studium jednooborové psychologie
VÝCVIK – psychoterapeutický výcvik PSTPRAXE – práce v psychoterapii
NEPSTPRAXE – předchozí nepsychoterapeuticky orientovaná profese

Schéma č. 2: Výsledné vývojové trajektorie psychoterapeutů.

R3, R4, R6, R7, R8, R10	PST → VŠ → VÝCVIK → PSTPRAXE
R1, R12	VŠ → VÝCVIK → PST → PSTPRAXE
R2, R11, R13	VŠ → NEPSTPRAXE → PST → VÝCVIK → PSTPRAXE
R9	NEPSTPRAXE → VŠ → PST → VÝCVIK → PSTPRAXE
R5	NEPSTPRAXE → PST → VÝCVIK → VŠ → PSTPRAXE

V tomto bodě došlo k návratu otevřeného kódování s tím rozdílem, že už celkem konzistentní kategorie byly analyzovány na základě grounded kritéria, tedy údaje o tom, jaká je četnost daného kódu v rámci všech participantů. U nejmenších četností jsem přemýšlel, jestli neexistují širší analogie s více „zakotvenými“ kódy, a uvažoval o případném sloučení. Tomu napomohl další užitečný nástroj ATLASu.ti – cocurence tool. Ten slouží k hledání společných výskytů kódů v rámci jednotlivých citací (*quotations*), tedy takových částí textu rozhovorů, které byly nějak zakódovány a dále použity v analýze. Vytvoření dimenzí a vlastností kategorií v rámci otevřeného kódování bylo díky povaze získaných dat možné pouze v jednom případě, v ostatních se jevilo jako umělé použití metodiky zakotvené teorie, proto jsem od tohoto kroku upustil. Nemělo to však na výslednou teorii vliv.

Fáze se opět střídaly a vrátilo se axiální kódování, nyní s větší mírou selektivity. Vzhledem k tomu, že se hlavní výzkumná otázka skládala z dílčích podotázek procesuálního charakteru, jako vhodné se jevilo uchýlit se k molekulárnímu přístupu a formulovat paradigmatické modely ke každé otázce zvlášť, „na míru“.

Výbornou pomůckou při axiálním kódování je možnost vytvářet rozsáhlé sítě všech možných variant vztahů (*networks*) mezi jednotlivými kódy nebo celými kategoriemi. Proces připomíná tvorbu mentálních map, jenž se neustále proměňují. Ke každé dílčí výzkumné otázce vznikly rovněž vlastní sítě. Hustota těchto vzájemných propojení u specifických kódů či kategorií (*density*) je dalším ukazatelem budoucích centrálních kategorií.

Selektivní kódování začalo do výzkumného postupu vstupovat už ve chvíli, kdy se začaly rýsovat užší kategorie. Opakující se nejvíce „zakotvené“ a „zhuštěné“ kódy sloužily jako vodítko. Jakmile byly hotové paradigmatické modely pro tři dílčí výzkumné otázky (a., b. a c.), došlo k finální redukci kódů pomocí dalšího otevřeného překódování. Posléze byly vytvořeny paradigmatické modely pro zbývající otázky. Poslední fází na individuální úrovni otázek bylo opět selektivní kódování.

Nejnáročnější na deduktivní myšlení na takto vysoké abstraktní úrovni však byly snahy o zodpovězení hlavní výzkumné otázky, tedy zakomponování všech těchto modelů do jednoho. Proběhlo několik dnů intenzivního axiálního a selektivního kódování, kdy jsem výsledné ústřední kategorie z předchozích modelů dával do jednoho paradigmatického

modelu, než jsem došel k finální smysluplné verzi, která se jevila dostatečnou explanační silou vzhledem ke každému z dílčích modelů a zároveň fungovala jako celek.

Pokud v celém procesu zpracování a analýzy dat vyvstaly nějaké mé myšlenky o vztazích, souvislostech, či povaze kódů a kategorií, používal jsem nástroj *memos*, který umožňuje tyto nápady zachytit a připojit k citacím, kódům, kategoriím či sítím, napříč daty všech participantů.

U dat získaných z pozorování jsem si poznatky, jak extrospektivního, tak introspektivního charakteru poznamenal ještě ten den, aby nepodléhaly deformaci. Pokud se týkaly paralingvistických projevů, dopsal jsem je v prepisech rozhovorů k jednotlivým výroky. Širší poznámky jsem zaznamenával do *memos* a připojil je k daným odpovědím, případně k celému participantovi. Při interpretaci jsem postupoval s maximální možnou opatrností vzhledem k možnému zkreslení výzkumníkem a snažil jsem se o triangulaci introspektivních poznatků s vnějšími pozorovanými projevy, které jsem ještě dával do souvislosti s obsahovou složkou rozhovoru. Jelikož jsem tímto způsobem usuzoval na citlivé téma nevědomé motivace, dával jsem pozor, abych se neunáhlil a konzultoval jsem jednotlivé případy s psychologem, kdy jsem se snažil předložit objektivní fakta a ptal jsem se na nezávislý názor.

V poslední řadě, když už byly zřejmé ústřední kategorie z celého výzkumu, jsem se vrátil k otevřenému kódování a revizi názvů kategorií tak, aby alespoň z části odpovídaly již vzniklým termínům z oblasti motivace. Snazší by samozřejmě bylo ponechat mnou vytvořené kódy, pro přehlednost a lepší představu o významu kategorií erudovanějších čtenářů se mi to však jevílo jako lepší varianta. I Strauss a Corbinová (1999) hovoří o výhodách promítání standardních analytických významů do již zavedených pojmů. Rovněž však upozorňují na riziko přílišného omezení pojmů a zaběhnutých asociovaných významů s nimi spojených. Tento nedostatek se však vždy u popisu jednotlivých kategorií ve výsledcích snažím eliminovat jasným vymezením jejich významu – v čem mohou vypůjčenou terminologii přesahovat a v čem ji naopak nedosahují. Příkladem může být změna názvu kategorie “*pomocť druhým*“ na “*altruistický prospěch*“ atd. Výsledný počet kódů činil 98, na čemž lze ilustrovat míru abstrakce a redukce oproti původním 281 kódům.

Z výše uvedeného vyplývá nedocenitelnost softwaru ATLAS.ti, neboť bez něj by nebylo možné provést analýzu tak hlubokého charakteru, protože by byl výzkumník zcela zahlcen

množstvím dat a kódů bez možnosti vidět souvislosti od nejkonkrétnějších induktivních úrovní dat, po ty nejabstraktnější deduktivní závěry z nich vyvozené.

5.5 Etické aspekty

Z důvodu citlivé povahy výzkumného záměru bylo dbáno během všech fází výzkumu na dodržení etických standardů uvedených v Manuálu pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík et al., 2017), jenž se odkazuje na etické zásady dalších významných institucí. Již žádost o účast na výzkumu¹⁶ zaslaná participantům e-mailem, obsahovala základní informace o etickém ošetření výzkumu.

Před zahájením samotného rozhovoru byl psychoterapeut seznámen s etickými aspekty výzkumu a svými právy do procesu zasáhnout (možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit, neudělení souhlasu se zveřejněním části či celého přepisu rozhovoru, možnost kontroly přeepsaného textu rozhovoru před jeho použitím). Participantům byl dán prostor pro dotazy a přistoupilo se k podpisu **písemného informovaného souhlasu**, který byl bilaterálně signovaný s možností si jednu kopii ponechat. Tato možnost měla zvyšovat kredibilitu a zároveň poskytl hmatatelnou záruku dodržení slíbených etických postupů. Nikdo této možnosti však nevyužil. Informovaný souhlas je k nahlédnutí v Příloze č. 5.

Během rozhovoru však bylo rovněž nutné dbát na etické normy, především na jejich **individuální přizpůsobení** jednotlivým participantům. Křehkost témat zranění dotýkajících se úmrtí vyžadovala zcela jiný empatický přístup nežli témata méně traumatická. Tomu jsem přizpůsoboval svůj vlastní verbální i nonverbální projev k participantům, stejně tak i formální stránku rozhovoru, včetně řazení jádrových otázek a celkového tempa interview. V jednom případě jsem byl požádán o zaslání přepisu rozhovoru pro kontrolu a schválení následného použití. Taktéž jednou bylo vyhověno žádosti o nezahrnutí konkrétních výroků do výzkumu.

Při zpracování dat jsem rozhovory z nahrávacího zařízení bezprostředně po extrakci smazal a bezpečně uchovával. Konkrétní přepisy jsem anonymizoval a psychoterapeutům přiřadil pseudonymy R1–R13. Následně jsem podnikal další kroky k snížení možnosti

¹⁶ K nahlédnutí jako Příloha č. 1.

identifikace konkrétních psychoterapeutů. Rozhodl jsem se v práci nezveřejňovat celé přepisy rozhovorů, kvůli citlivé povaze a možného rozpoznání na základě stylu mluvy.

Popis výzkumného souboru podléhal také značným úpravám. Jelikož se dílem náhody sešlo více participantů z jedné obce, která má menší počet obyvatel, uvedené místo praxe bylo omezeno pouze na kraj, ve kterém se nachází. Z názvu psychoterapeutických výcviků byly odstraněny konkrétní poskytovatelé a bylo uvedeno pouze širší psychoterapeutické zaměření. V poslední řadě byl zobecnění podroben i věk psychoterapeutů, jenž byl uveden v rozmezí pěti let. Výzkum byl proveden na dobrovolné bázi bez využití odměny.

6 Výsledky

Tato kapitola je strukturována do podkapitol shrnujících interpretaci podobných výzkumných otázek do dvou výzkumných okruhů – zranění a jeho uvědomění a motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta. Výsledky interpretuji pomocí konceptu paradigmatického modelu zakotvené teorie, který jsem výše podrobně popsal. Nyní však znovu uvedu jeho základní strukturu, aby si čtenář mohl snáze představit vztahy mezi kategoriemi.

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY

Řazení okruhů jsem zvolil podle logické návaznosti podkapitol, neboť první okruh hraje významnou roli v paradigmatickém modelu druhého výzkumného okruhu. Podkapitoly začínám popisem jednotlivých kategorií a zakončuji shrnutím jejich vzájemných vztahů, doplněným schématem. Toto shrnutí je zároveň odpovědí na výzkumné otázky k okruhu se pojící.

Tabulka č. 2: *Struktura prezentace výsledků výzkumu.*

VÝZKUMNÝ OKRUH	VÝZKUMNÁ OTÁZKA
5.1 Zranění a jeho uvědomění	e) Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k případnému zranění?
5.1 Zranění a jeho uvědomění	f) Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k uvědomění této zraněnosti?
5.2 Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta	a) Jak se u psychoterapeutů v průběhu jejich života vyvíjela motivace k psychoterapii?
5.2 Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta	b) Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k výběru studia psychologie?
5.2 Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta	c) Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k zahájení psychoterapeutického výcviku?
5.2 Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta	d) Jaké aspekty motivace psychoterapeuti spatřují ve své současné práci?

Při popisu kategorií je použito jiné formátování než ve zbytku práce. Kategorie nejvyšší úrovně, jež zaujímají místo v paradigmatickém modelu, jsou formátovány jako nadpisy druhého stupně s tím rozdílem, že jsou psány velkými písmeny. Když je zmiňuji v textu, používám k referenci na jejich pozici v paradigmatickém modelu písmena A-F, která odpovídají znázornění na předchozí stránce (**PŮVOD ZRANĚNÍ (A)**). Hlavní kategorie jsou označeny velkými písmeny bez zvýraznění (**ZÁMĚRNÁ UDÁLOST**). Dílčí subkategorie jsou zvýrazněny podtržením (zraněnost v mezilidských vztazích) a nižší úroveň podkapitol je psána tučným písmem (**rodinné prostředí**). Nejnižší úroveň lze rozpoznat dle tučného písma v kombinaci s kurzívou (*stále neuvědomované narcistické zranění*). Citované úryvky rozhovorů jsou odlišeny kurzívou bez ztučnění („*Ne, nic takovýho jsem nezažil.*“). Citace jsou ponechány v původním znění, bez gramatických oprav. Počty participantů pojících se k daným kategoriím jsou uvedeny v závorkách (n=13). Použití několika úrovní kategorií se může odrazit ve vnímané nepřehlednosti. Pokud by se tak stalo, odkazuji čtenáře na Přílohu č. 6, která obsahuje přehledné grafické znázornění jednotlivých kategorií a subkategorií pojící se k oběma výzkumným okruhům.

6.1 Zranění a jeho uvědomění

V tomto výzkumném okruhu se věnuji interpretaci výsledků týkajících se výzkumných otázek e. a f., jenž jsou sloučeny do jednoho paradigmatického modelu.

6.1.1 PŮVOD ZRANĚNÍ

Tato kategorie představuje v paradigmatickém modelu příčinnou podmínku (A). Pro velkou většinu psychoterapeutů (n=12) představovala příčinu zraněnosti **ZÁMĚRNÁ UDÁLOST**, pro tři pak **UDÁLOST NÁHODNÁ**. Záměrné události u všech účastníků reprezentovaly zraněnost v mezilidských vztazích.

Nejvyšší četnost zranění produkovalo **rodinné prostředí** (n=9), tedy kategorie, ve které se participant vztahuje ke své původní primární rodině, nejprve z pozice dítěte a později jako dospělého. Druhou nejvíce zastoupenou oblastí pak bylo **partnerské prostředí** (n=6). Zde se již perspektiva změnila a participanté výzkumu byli chápáni jako jednotlivé subjekty milostných vztahů, včetně rodiny, kterou oni sami založili. Posledním zdrojem zraňujících

událostí bylo **širší sociální prostředí**, jenž hrálo roli u čtyř participantů. Tato subkategorie v podstatě zahrnuje vše to, co není předmětem předchozích dvou kategorií a stále spadá do oblasti sociálních interakcí. Příkladem mohou být pracovní či přátelské kolektivy.

6.1.2 ZRANĚNOST

Přestože je zraněnost kategorií centrální, je rozpracována minimálně, neboť představuje pouze kvantitativní souhrn výskytů zranění ve zkoumaném souboru. V paradigmatickém modelu zaujímá místo hlavního jevu (B) a je do něj zařazena spíše z pragmatických důvodů, neboť reflektuje výzkumnou otázku k této podkapitole se vztahující.

Explicitně ZRANĚNOST zmínilo 12 psychoterapeutů. Více zranění popsalo v rozhovorech 8 participantů. Participant R5 tvrdil, že jeho život byl zcela BEZ RANĚNÍ se slovy: „*Já skutečně jsem prožil život bez těchletěch zásadních problémových kontextů, takže ne, nic takového jsem nezažil.*“ Po přihlídnutí k získaným datům z pozorování však byl tento případ vyhodnocen jako motivovaný *stále nevědomým narcistickým zraněním*, o kterém bude řeč dále. Zraněnost tedy byla přítomna u celého výzkumného souboru.

6.1.3 SOUVISLOSTI ZRANĚNÍ

Tato kategorie představuje v paradigmatickém modelu pozici kontextu a je z hlediska rozpracování nejširší. Skládá se ze tří hlavních subkategorií – POVAHY, OBSAHU A OBDOBÍ ZRANĚNÍ.

POVAHA ZRANĚNÍ předkládá základní charakteristiku jednotlivých zraňujících událostí. Dále se dělí na psychické a fyzické zranění. Zde je třeba čtenáře upozornit na poněkud umělé rozdělení, poněvadž v realitě jsou tyto dimenze v rámci lidského života úzce provázané, vzájemně se ovlivňující a neoddělitelné.

Čistě fyzické zranění se vyskytovalo u dvou psychoterapeutů. Působnost tohoto zranění se nejvíce projevuje ve fyzicky vnímaných obtížích. Psychická povaha zranění působí nebo působila dvanácti participantům potíže především v psychické sféře prožívání.

OBSAH ZRANĚNÍ je kategorie rozvádějící jednotlivé události zranění do detailů. Jelikož se jednalo o velmi citlivá data, v některých případech participanti uvedli pouze **PŮVOD** zranění a jenom někteří tyto události blíže konkretizovali. U dvou případů bylo na obsah zranění usouzeno výzkumníkem bez explicitního vyjádření participanta. Dílčí subkategorie kopírují své protějšky v kategorii PŮVOD. Jedná se o rodinné vztahy, partnerské vztahy a širší sociální vztahy.

Největší četnosti participantů se těší subkategorie rodinné vztahy (n=9). Psychoterapeuti nejčastěji zmiňovali **špatné formy výchovy** (n=4). Nejednalo se o nějakou konkrétní událost zranění, ale o celkové rodinné působení, které bylo vnímáno v různých oblastech jako neuspokojivé, což ilustruje participantka č. 13: „Ta rodina, to tam dojdete k tomu, až si prožijete něco těžšího, že si uvědomíte, že to je v té rodině, že spousta těch malých věcí stejně poskládá to veliké trauma, které se vám stane.“ Dva psychoterapeuti uvedli úmrtí v rodině. Zraněním byl v jednom případě rozvod rodičů.

Specifickou subkategorii rodinných vztahů bylo **narcistické zranění**. Přímo tento termín použili při deskripci svých zranění dva z pěti psychoterapeutů, kteří jsou součástí této subkategorie. Jedna participantka nepoužila daný termín, ale z její výpovědi byl patrný. Ve dvou případech bylo použito metod pozorování, popsanych výše, k vyvození závěrů o **stále neuvědomovaném narcistickém zranění**. Oba participanti takto zakódovaní působili ve vysokých vedoucích pozicích. Pro ilustraci uvádím úryvky rozhovoru, který byl však pouhým jedním článkem při usuzování, nesloužil jako jediný zdroj. Pro celé zdůvodnění tohoto úsudku zde není prostor.

R9: „Špatně jsem se narodila, jsem prvního září a šla jsem do školy a bylo mi šest ten den. Takže jsem byla nejmenší ze třídy, nejmladší ze třídy, nechodila jsem do školky.“ ... „Rodiče si přáli, abych šla na medicínu, že by to bylo nejlepší.“ (pozn.: silně pohrdavý tón hlasu) ... „možná že jsem v sobě měla i to, že jsem učitelka, a že bych měla bejt něco jinýho ještě, že by to jako ještě chtělo mít vylepšeno to svoje vzdělání. Že jsem jako ještě chtěla, něco, něco, něco.“ Při odpovědi na otázku, zda by si vybrala povolání terapeuta znovu odpovídá: „Ano, nic mě na tom nezklamalo, nic mě na tom nezarmoutilo. Ale asi v tom rozsahu, v jakém to dělám.“ (pozn.: poloviční úvazek)

Zpětně uvědomované narcistické zranění je výjimečná subkategorie v tom, že se objevovala pouze při uplatnění intervenující podmínky **UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ**, o které se zmiňuji dále. Týkala se zbylých tří participantek.

R2: *V dětství jsem prožívala zranění, že jsem se cítila hodně zakomplexovaná, nevím, kde se to zranění vzalo, ale bylo to obrovský zranění, že jsem si připadala osamělá, ošklivá a prostě hroznej komplex méněcennosti.*

R12: *No myslím si, že jsem tenkrát měla takový ty představy, co mívají všichni na začátku, že spasí svět a že pomůžou všem lidem, kteří to potřebují a svět bude hezčí. Taková ta narcistická představa, která samozřejmě je úplně jiná. Já si myslím, že pokud se bavíme o tom narcismu, tak to má spojitost s výchovou. Zažila jsem si nějaké narcistní zranění, chci to kompenzovat.*

Partnerské vztahy reflektují obsahy zranění šesti psychoterapeutů. **Těžký rozchod** byl nejvíce zmiňovaným tématem, prožili si ho tři participanti. Následuje podobná subkategorie, **těžký rozvod** (n=2). Jeden participant hovořil o **krizi v manželství**. Do partnerských vztahů byla zařazena i **smrt dítěte**. Touto vysoce traumatickou událost zažili dvě participantky.

Poslední subkategorie, širší sociální vztahy, nebyla příliš sycená kódy. Dvě psychoterapeutky zažily v životě významné **pochybení autority**, které je zasáhlo zraňujícím způsobem. Je zajímavé, že obě autority byly z oblasti pomáhajících profesí – lékař a psycholog. Dvě psychoterapeutky zažily zraňující **deziluzi psychologickou realitou**, převážně z toho, jakým způsobem jsou v klinické psychologii předepisovány psychofarmaka a jak povrchním způsobem, dle jejich slov, je nahlíženo na klienta některými psychology. Ve dvou případech byly participantky obětí **šikany na pracovišti**.

Kategorie **OBDOBÍ ZRANĚNÍ** je čistě číselného charakteru a sdružuje životní etapy ve kterých u psychoterapeutů docházelo k jednotlivým zraněním. Je rozdělena na šest dílčích subkategorií – dětství, pubescence, adolescence, raná, střední a starší dospělost. Nejvíce zakotvena v datech byla zranění v dětství, kterou uvádí 6 participantů. Dětství představuje kategorii od narození do 10 let. Pubescence zahrnuje rozmezí od 11 do 14 let života. V tomto období prožilo zraňující událost pět participantů. Adolescence (15–19 let) byla zraňujícím obdobím pro tři participanty. Druhým nejzastoupenějším obdobím byla raná dospělost (n=4), období mezi 20–29 rokem. Ve střední dospělosti (ve 30–44 letech) byly zraněny tři participantky. V poslední řadě došlo i k jednomu případu zranění v dospělosti starší (po 45 letech).

6.1.4 UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ

Tato kategorie odpovídá v paradigmatickém modelu intervenující podmínky (D). Jejím působením tedy dochází k ovlivňování výstupu z celého paradigmatického modelu. Zahrnuje data vztahující se k výzkumné otázce f. Zasahuje jak do **ZRANĚNOSTI**, tak do **OVLIVNĚNÍ ZRANĚNÍM**. Blíže jsou tyto vztahy popsány v souhrnu na konci této podkapitoly. Je třeba upozornit na fakt, že psychoterapeuti většinou zažili více zranění, od čehož se odvíjí i počet případů jeho uvědomění. Součet participantů v jednotlivých kategoriích pak může přesahovat velikost výzkumného souboru (N=13). V rámci této kategorie rozlišujeme dále tři subkategorie vyšší úrovně – NÁHLED, OBDOBÍ a ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ.

NÁHLED představuje perspektivu, s jakou došlo k uvědomění zranění. Zda byl přítomný už v momentě, kdy ke zranění došlo, případně chvíli po něm, nebo až s delším odstupem. Dělí se tedy na uvědomění tehdy a uvědomění zpětně.

Tehdy si některého ze svých zranění a následků z něj plynoucích bylo vědomo 10 psychoterapeutů. Zajímavé je zmínit obsah jednotlivých zranění, kdy se ve většině případech jednalo o partnerské vztahy (n=7), ve dvou případech o zranění z širších sociálních vztahů, a po jedné incidenci byly zastoupeny rodinné vztahy a fyzické zranění.

Zpětně uvědomovaná (n=5) zranění zahrnovala menší počet participantek. Zde se naopak v největší míře vyskytovala zranění z rodinných vztahů (n=4) a širších sociálních vztahů (n=1).

R2: „*A určitě si pamatuju, že na začátku, tam jsem byla v dost velký iluzi a obraně, myslela jsem si, že moje rodiče měli idylickej vztah a že jsem měla dobrý dětství. Víím, že mě říkal starší psychoterapeut, že je to obranný mechanismus, že to není možný. V té době jsem si říkala, co to kecá. To si pamatuju, jak ta obrana je silná, že jsem to popřela sama sobě, až pak mně to došlo.*“

Samozejmě roli hrála i zranění, na která participanté neměli ani během průběhu výzkumu náhled, jak bylo ilustrováno na dvou příkladech **stále neuvědomovaného narcistického zranění**. V těchto případech tedy intervenující podmínka nefigurovala.

OBDOBÍ UVĚDOMĚNÍ se pojí k oběma variantám předchozí kategorie, proto si je postupně představíme. Značí životní úsek participantů, ve kterém došlo k uvědomění

zranění. Pokud použijeme kombinaci s uvědoměním tehdy, dostaneme kategorie dětství (n=2), adolescence (n=3), mladší dospělost (n=2) a střední dospělost (n=7). Opět zde blíže rozeberu typický obsah zranění pojící se s konkrétním obdobím uvědomění. V dětství se jednalo o fyzické zranění (n=1) a širší sociální vztahy (n=1). Adolescence se týkala širších sociálních vztahů (n=1), partnerského vztahu a rodinného vztahu (n=1). Mladší dospělost zahrnovala fyzické zranění (n=1) a partnerský vztah (n=1). Nejpočetnější kategorii představovala střední dospělost s obsahem partnerské vztahy (n=6) a širší sociální vztahy (n=1).

Oproti tomu při spojení se zpětným uvědoměním vyvstala pouze dvě období, mladší dospělost (n=1) a střední dospělost (n=4). Nejčastějším obsahem pak byly rodinné vztahy (n=3), partnerské vztahy a širší sociální vztahy (n=1). Participantka č. 2 používá tato slova: „*Na to jsem přišla rozhodně po 30 letech. Do 30 jsem to vůbec nevěděla, to tam byly obraný mechanismy, popření, idealizace, hodně silný. Možná v 30, v 35.*“

ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ lze chápat jako příčinné události, které přispěly k celkovému uvědomění. Je úzce spjatý se zpětným uvědoměním, proto zahrnuje odpovědi rovněž pěti psychoterapeutek. Většinou participantky popisovaly samovolný náhled (n=3) na jejich zraněnost. Hovořily o souhře různých okolností během jejich života, jenž byly při tomto procesu nápomocné. Participantka č.11 tuto situaci popisuje takto: „*Já nevím, takové vyústění toho všeho. Nějaký aha efekt v nějakou chvíli, kdy mi to tak sedlo, docvaklo.*“

Pro dvě participantky představovala tuto událost nějaká konkrétní situace. Obě zmiňovaly jako důležitý psychoterapeutický výcvik.

R12: Najednou mi to bylo nějak jasný, najednou mi to zapadalo. Takže to ten výcvik mi ukázal, jak to funguje, proč dělám některý věci, který jsem si myslěla, že dělám úplně z jinýho důvodu a tak. Hodně jsem změnila náhled na spoustu věcí po výcviku. Spoustu věcí jsem si vyjasnila. To byl mezník, co mi trochu změnil život.“

6.1.5 OVLIVNĚNÍ ZRANĚNÍM

Tato kategorie podává výsledky interpretace dat zmiňující psychoterapeuty vnímaný dopad zranění na jejich život. V paradigmatickém modelu zaujímá místo strategie jednání (E). Dělí se na dvě subkategorie ZRANĚNÍ NEHRÁLO ROLI a ZRANĚNÍ HRÁLO ROLI.

ZRANĚNÍ NEHRÁLO ROLI v žádné životní oblasti u jednoho participanta. Opět je zde třeba připomenout, že se jedná o jeden ze dvou případů stále neuvědomovaného narcistického zranění, kdy psychoterapeuti nebyli schopni rozpoznat své zranění, natož si uvědomit jeho vliv. Tato kategorie je zde tedy spíše ilustrativního charakteru, neboť daný participant byl zakódován i do kategorie následující.

ZRANĚNÍ HRÁLO ROLI (n=13) se skládá ze čtyř dílčích subkategorií, profesního a osobního života, bolesti jako růstu a univerzálnosti zranění. Profesním životem (n=10) rozumím celé kontinuum profesního života, od směřování k psychoterapii, rozhodnutí studovat psychologii, přes výběr psychoterapeutického výcviku, až po setrvání v psychoterapeutické praxi. Ovlivnění zraněním alespoň v jedné této oblasti uvádí explicitně 8 participantů. Je však třeba připočítat i zmiňované dva případy implicitního narcistického zranění.

R13: „Každý člověk se vyvíjí. A ty vývojové kroky jdou většinou přes traumatickou zkušenost, protože jinak se nic nenaučíte a neposunete se. Takže to samozřejmě v tom životě, čím jste starší, tím víc těchto zkušeností máte a když o tom přemýšlíte a pracujete s lidma, tak to musíte nějakým způsobem jinak uchopit. A to mně pomohlo v té práci. Takže ten nástroj, který nejvíc v terapii používáte, jste vy sám. A tam mi přijde, že každá moje životní zkušenost spojená s tímhle hlubokým zážitkem, můžeme mu klidně říkat traumatický, mě posunula i v té práci terapeuta o kousek dál i v tom porozumění.“

Někteří participanté (n=3) sice přisoudili zranění zásadní roli, ovšem pouze v osobním životě, bez vlivu na ten profesní. Příkladem může být výrok participantky č. 10: „Tohleto mělo významnej faktor do té spirituální roviny, ani ne tak do té psychoterapie, to jsem měla už dřív, ale spíš jako přesah někam jinam. A určitě to nějakým způsobem ten životní směr ovlivnilo.“

Psychoterapeuti, kteří vnímali nějaké ovlivnění zraněním ve svém životě, tyto události mnohdy dále komentovali. Jednou z kategorií postavenou na těchto datech je bolest jako růst, jenž představuje jakýkoliv vnímaný osobnostní zisk ze zraněnosti vyplývající pro 10

participantů. Prospěšnost zranění se pozitivně odrážela v psychoterapeutické praxi, především lepší schopností empatie a představy toho, co klient právě zažívá. To zahrnuje subkategorii **bolest zprostředkuje porozumění**. Takové obohacení zážitkem zranění zmiňovalo 7 participantů, jedna z nich je i R2: „*Díky tomu, že tu bolest prožívám a ty zranění jsem nějakým způsobem utrhla, nebo jsem si je sama způsobila, tak tím líp dokážu provázet druhý lidi obdobnými zraněníma.*“

Další podkategorií je **léčba sebe facilituje léčbu druhých** (n=4). Vyjadřuje nutnost zážitku zraněnosti a jejího léčení, která následně umožňuje léčbu obtíží ostatních lidí, klientů. Psychoterapeuti takto odpovídající vnímali především sami sebe jako nástroj v léčebném procesu a zdůrazňovali vzájemnost léčebného působení v rámci psychoterapeutického procesu. Tři participantky dále vnímaly zranění a jeho léčení jako **nikdy nekončící proces sebepoznání**.

R13: „*Mé poznání mi umožňuje vidět do toho klienta v rámci mého poznání. Když já nevím, jak to je, tak to nerozpoznám ani u druhého člověka. Já musím mít nějakou mentální představu o tom, jak vypadá zahanbení, jak vypadá smutek, jak vypadá stud. On má depku je z toho nějaké špatnej, ale když vím v sobě, jak to vypadá, tak řeknu jo, on není špatnej, on je zostuzenej. Jo a vidíte najednou na něco, co máte ale i vy v sobě zažitý. Nemůžu vidět něco, co neznám u sebe. Takže zas je to jenom míra toho, co zvládnou já, můžu nabídnout dál, to je ta sebezkušenost, která nikdy nekončí.*“

R2: „*Je pro mě podstatný, abych ty zranění, který mám já sama, léčila. A čím líp je budu moct léčit u sebe, tak tím líp budu moct pomoci druhým. A je to pořád neukončený proces, pořád se mám co učit.*“

Univerzálnost zranění (n=5) je poslední subkategorii, k níž se váží data z této kapitoly. Jedná se o myšlenky ohledně chápání zraněnosti jako plošného fenoménu, který je nedílnou **součástí života všech lidí** (n=2), nebo součástí života specifické populace. Konkrétně se psychoterapeuti zmiňovali o **zranění jako podmínce v pomáhajících profesích** (n=3).

R7: „*A myslím si, že je to nějaké hluboké základ, kterej lidi vede k tomu, aby si vybrali tuhle profesi [psychoterapeuta], že se jim v životě něco stalo. Jsem o tom přesvědčenější a můžu vycházet i z nějaké své osobní zkušenosti, že to tak je, která tenhle předpoklad nějak potvrzuje.*“

R8: „Víte co, já říkám, že každé lékař, každá sociální pracovnice, každé učitel a každé psycholog si někde tou profesí řeší své trauma. Je to tam prostě daný. Ale ono to není jenom negativní, protože jak jsme se celou dobu bavili, tak ten člověk, co tím projde, tak tomu víc rozumí, má to zažitý, takže pak může i těm lidem víc pomoci, ale musí si to sám uvědomit, s čím pracuje.“

6.1.6 ZRANĚNÍ JAKO MOTIVACE

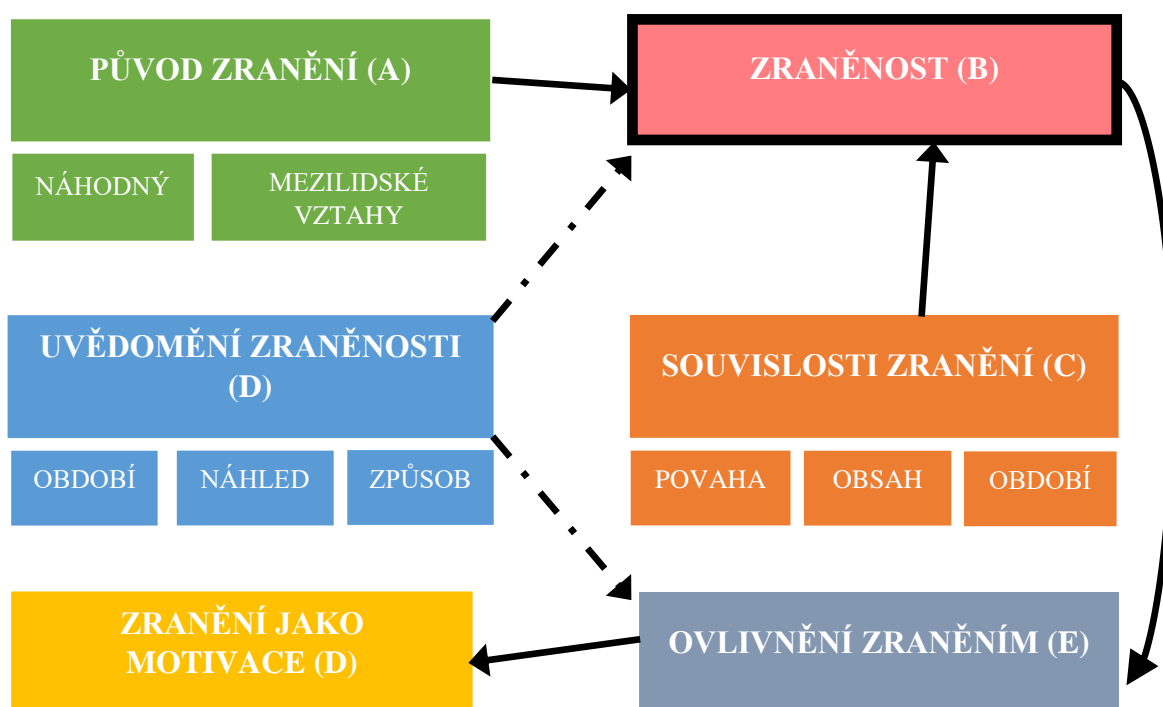
Tato kategorie zaujímá v paradigmatickém modelu pozici následků (F). Jedná se o kategorii bez jakéhokoliv zastoupení v datech, neboť představuje individuální možnost vyústění životního procesu každého psychoterapeuta. Zranění se jeví jako součást širokého spektra motivačních procesů každého ze třinácti participantů z výzkumného souboru. Jsou základem dílčích motivů, které velmi významně formují následné směřování v životě. Nemusí se jednat o motivy spjaté s psychologickou tematikou, ale motivy zasahující všechny životní oblasti, vázající se k určitým životním rozhodnutím, postojům a hodnotám. V následujícím výzkumném okruhu tato kategorie hraje opět roli v paradigmatickém modelu, ovšem na jiném místě.

6.1.7 SHRnutí

V tomto souhrnu dávám výše popsané kategorie do souvislostí a předkládám grafické znázornění paradigmatického modelu. Rovněž tím odpovídám na tyto výzkumné otázky:

- e. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k případnému zranění?
- f. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k uvědomění této zraněnosti?

Schéma č. 3: Paradigmatický model pro zranění a jeho uvědomění.



Centrální kategorie a zároveň jev, **ZRANĚNOST (B)**, byla nalezena u všech psychoterapeutů, u některých došlo k více zraněním (n=8). **ZRANĚNOST (B)** vzniká na základě působení příčinné podmínky, **PŮVODU ZRANĚNÍ (A)**. Z velké části byla zranění způsobena záměrnou událostí pramenící z prostředí mezilidských vztahů (n=12). V rámci těchto vztahů bylo nejvýznamnější **rodinné prostředí** (n=9), následované **partnerským prostředím** (n=6) a **širším sociálním prostředím** (n=4).

Kontextem, jenž doplňoval hlavní jev, byly **SOUVISLOSTI ZRANĚNÍ (C)**, dále se dělící na **POVAHU**, **OBSAH** A **OBDOBÍ ZRANĚNÍ**. **POVAHA** zranění mohla být buď psychického (n=12) nebo fyzického (n=2) charakteru. Konkrétním **OBSAHEM ZRANĚNÍ**

byla témata z rodinných (n=9), partnerských (n=6) nebo širších sociálních vztahů (n=4). Největší roli z dílčích subkategorií hrálo **narcistické zranění** (n=5). K jednotlivým OBDOBÍM ZRANĚNÍ řadíme dětství (n=6), pubescenci (n=5), adolescenci (n=3), ranou (n=4), střední (n=3) a starší (n=1) dospělost.

Intervenující podmínkou, tedy fenoménem ovlivňujícím následující zvolené strategie jednání a v našem případě dokonce ovlivňující i jev samotný, bylo **UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ (D)**, s podkategoriemi NÁHLED, OBDOBÍ A ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ. Většinu svých zranění si psychoterapeuti uvědomovali už tehdy (n=10), v době, kdy zranění nastalo. V méně případech došlo ke zpětnému uvědomění (n=5). S uvědoměním tehdy se pojila i příslušná období uvědomění – dětství (n=2), adolescence (n=3), mladší dospělost (n=2) a střední dospělost (n=7). Zpětné uvědomění se skládalo z období mladší (n=1) a střední dospělosti (n=4). ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ se váže pouze ke zpětným uvědoměním a ozřejmuje události, které ke zvědomění přispěly. Šlo buď o **samovolný náhled** (n=5) nebo o **konkrétní situaci**, psychoterapeutický výcvik (n=2).

Strategií jednání vyplývající ze sledovaného jevu bylo **OVLIVNĚNÍ ZRANĚNÍM (E)**, tedy participanty vnímaný dopad zraňujících událostí na jejich život. ZRANĚNÍ NEHRÁLO ROLI (n=1) v žádné oblasti života u participanta, který byl ovšem shledán jako motivován *stále neuvědomovaným narcistickým zraněním*. U většiny psychoterapeutů ZRANĚNÍ HRÁLO ROLI (n=13), a to v oblasti profesního (n=10) a osobního (n=3) života. Někteří participanti vnímali zranění a bolest jako růst (n=10), tedy přidanou hodnotu, která **zprostředkovává porozumění bolesti** (n=7) nebo skrze **léčení sebe sama možnou facilitaci léčby druhých** (n=4). Univerzálností zranění (n=5) je myšlena všudypřítomnost tohoto jevu, která je **součástí života všech lidí** (n=2), nebo se vztahuje pouze ke konkrétní populaci, kde je **zranění vnímáno jako podmínka v sociálních profesích** (n=3).

Následkem tohoto jednání je **ZRANĚNÍ JAKO MOTIVACE (F)**, jenž představuje kategorii, která zaujímá místo v paradigmatickém modelu u následujícího okruhu. Jde o vyústění procesu zraněnosti, který odráží individualitu dopadů zranění, na základě uvědomění či neuvědomění této zraněnosti. Projev v motivaci mělo zranění u všech psychoterapeutů (n=13), u někoho se však nejednalo o oblasti spojené s motivací vedoucí k profesi psychoterapeuta (n=10), ale mělo vliv na jiné životní oblasti (n=3).

Uvědomované, explicitně zmíněné zranění hrálo vzhledem k profesní orientaci psychoterapeutů (n=13) roli u 62 % z nich (n=8), stále neuvědomované zranění figurovalo

u 15 % (n=2). Celkem tedy přispělo ke směřování do psychoterapeutické profese u 77 % (n=10) participantů.

Na závěr je třeba zmínit dílčí vztahy v rámci jednotlivých kategorií. Pro některé zranění byl typický určitý průběh v rámci paradigmatického modelu. Pokud původ zranění byl nezáměrný, jednalo se buď o fyzická zranění, nebo o smrt v rodině. Naopak záměrný původ působil pouze psychická zranění.

6.2. Motivace vedoucí k profesi psychoterapeuta

Tento výzkumný okruh zahrnuje zbývající výzkumné otázky, konkrétně otázky a., b., c. a d. Jelikož paradigmatické modely vytvořené pro jednotlivé otázky měly podobný charakter, bude v této kapitole postupně prezentován popis kategorií týkající se všech těchto otázek současně, neboť se tato varianta jevila jako schůdnější nežli popisovat paradigmatické modely samostatně. Při deskripci oblastí spadajících do jiných paradigmatických modelů bude čtenář vždy upozorněn odlišnou úrovní formátování. Jako styčný model jsem vybral ten, jenž se zabývá motivací k psychoterapii, protože byla nejčastějším prvním krokem na kontinuu profesního života a zároveň představovala nejvyšší motivační osobní cíl. Inkorporována do něj bude motivace ke studiu psychologie a motivace k psychoterapeutickému výcviku, v některých kategoriích i motivace k setrvání v psychoterapeutické praxi. Jelikož tento okruh obsahuje veliké množství subkategorií, opět čtenáře odkazují na přehlednou strukturu jejich úrovní v Příloze č. 6.

Motivace k psychoterapii zastávala v rámci životního vývoje jednotlivých psychoterapeutů mnoho různých pozic. Tyto pozice jsou znázorněny ve Schématech č. 1 a 2, ke kterým čtenáře pro lepší orientaci v následujícím textu znovu odkazují. Rozhodnutí věnovat se psychoterapii mohlo předcházet studiu psychologie na vysoké škole. Mohlo být rovněž učiněno před vstoupením do psychoterapeutického výcviku. Někteří participanté se pro psychoterapii rozhodli až během psychoterapeutického výcviku. Jakmile však byl cíl věnovat se psychoterapii v praxi zformován a přijat, automaticky ovlivňoval všechny další kroky v rámci vývojové trajektorie daného jedince a byl primárním motivačním cílem. Ostatní kroky byly pouze dílčími cíli potřebnými k jeho dosažení.

Jelikož se jedná o složitou představu, ilustruji ji teď na následujícím příkladu. Participantka č. 8 prožila v dětství zranění, a protože ji zranění významně ovlivnilo, rozhodla se, že chce pomáhat ostatním lidem s obdobnými zraněními. Již tehdy věděla, že se bude věnovat psychoterapii, došlo tedy ke zformování a přijetí osobního motivačního cíle. Později ji však ještě začaly zajímat otázky vývoje člověka a psychosomatiky. Tyto faktory (pomáhat lidem a zájem o poznání psychiky) se staly motivy i pro dílčí cíle, kterých bylo potřeba na cestě za finálním cílem dosáhnout. Prvním bylo studium vysoké školy. Aby mohla správně vykonávat profesi psychoterapeuta, bylo zapotřebí absolvovat psychoterapeutický výcvik. K těmto motivům se přidal i motiv pragmatický, který trval však pouze do ukončení výcviku. Jakmile bylo cíle věnovat se psychoterapii dosaženo, je nahrazen cílem jiným – setrváním v praxi. Motivem setrvání v praxi zůstává zájem o psychoterapii sycený původními dvěma motivy, ke kterým se ještě přidal motiv smysluplnosti, jenž participantka ve své práci spatřuje.

6.2.1 OSOBNÍ HISTORIE

První kategorií v paradigmatickém modelu, která zastává pozici příčinné podmínky (A), je **OSOBNÍ HISTORIE**. Obsahuje souhrn jevů a událostí, které jedince vedly k přemýšlení o psychoterapii, byly jakousi inspirací a měly zásadní vliv na rozhodnutí se jí dále v životě věnovat. Dělí se na několik subkategorií: **INSPIRACI RODINNÝM PROSTŘEDÍM, PRAXÍ S LIDMI, AUTORITOU, TEORIÍ, PSYCHOTERAPEUTICKÝM VÝCVIKEM a ZRANĚNÍM.**

INSPIRACI RODINNÝM PROSTŘEDÍM zmiňuje jeden participant. V tomto případě pomohla k výběru psychoterapie přítomnost psychologů v rodině. **PRAXE S LIDMI** vedla k psychoterapii dva participanty, kteří měli pracovní zkušenost ze sociální sféry. Vzorem pro jednu participantku byla i vnější **AUTORITA**, která se psychoterapii věnovala. Jako autoritu zde chápu i přátele, kolegy atd. **TEORIÍ** (n=5) se nechala inspirovat již větší část výzkumného souboru. Tato kategorie představuje široké spektrum podnětů, většinou reprezentující nějaké teoretické koncepty. Často se jednalo o psychologickou, filosofickou nebo duchovní literaturu. Inspirací věnovat se psychoterapii byla pro dvě participantky účast v **PSYCHOTERAPEUTICKÉM VÝCVIKU.**

V poslední řadě bylo příčinou rozhodování se o psychoterapii nějaké ZRANĚNÍ (n=10) v osobním životě. Čtenář byl již v předchozím výzkumném okruhu seznámen s procesem zraněnosti, tak se zde nebudu opakovat. K rozhodnutí zabývat se psychoterapií přispělo zranění u osmi participantů, kteří jej vědomě zmínili. U dvou dalších participantů bylo zjištěno implicitní, *stále neuvědomované narcistické zranění*, které taktéž hrálo roli.

Osobní historie a studium psychologie

Na tomto místě dochází k prvnímu popisu změn té samé kategorie v rámci dalších paradigmatických modelů jiných výzkumných otázek. Je třeba znovu připomenout výše uvedené pozice, které rozhodnutí věnovat se psychoterapii v rámci životních trajektorií psychoterapeutů zaujímá, aby nedocházelo k desinterpretaci výsledků zde uváděných. V kategorii **OSOBNÍ HISTORIE** byly v modelu pro motivaci ke studiu psychologie na vysoké škole přítomny následující změny. INSPIRACI RODINNÝM PROSTŘEDÍM zmiňovala jedna participantka. PRAXÍ S LIDMI byla ovlivněna jedna účastnice výzkumu. Stejně tak jedna participantka vnímala jako podnět pro studium psychologie AUTORITU. TEORIE pomohla ke studiu psychologie jedné participantce. ZRANĚNÍ vedlo ke studiu psychologie tří participantky.

Novou kategorii představovala INSPIRACE JINOU VYSOKOU ŠKOLOU, vyskytující se ve třech případech. Dvě participantky našly zalíbení na pedagogické fakultě a jedna při studiu sociální práce. Zájem budily především předměty s psychologickou tematikou. Druhou novou kategorii představoval ZÁJEM O PSYCHOTERAPII (n=7), jehož uvedením trochu předbímám. Jedná se o kategorii představující již zformovaný a přijatý cíl věnovat se psychoterapii. Formování tohoto záměru zastává roli strategie jednání v modelu pro psychoterapii, o čemž bude řeč dále. V modelech pro studium psychologie, psychoterapeutický výcvik a setrvání v psychoterapeutické praxi však působí jako subkategorie příčinné podmínky. Jde o stejný případ jako kategorie ZRANĚNÍ, která v předchozím výzkumném okruhu byla předmětem celého paradigmatického modelu a v modelech pro motivaci hraje roli pouhé subkategorie v rámci **OSOBNÍ HISTORIE (A)**. ZÁJEM O PSYCHOTERAPII v sobě tedy zahrnuje nejen veškerou **OSOBNÍ HISTORII (A)**, ale i dílčí **OSOBNÍ MOTIVY (B)**, včetně případného působení intervenující podmínky, **UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)**, všech participantů, kteří tento záměr měli

zformovaný již před zahájením studia psychologie. Kategorií, která se v tomto modelu naopak vůbec nevyskytla, byl PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK.

Osobní historie a psychoterapeutický výcvik

V tomto modelu se vyskytovalo menší množství kategorií. ZÁJEM O PSYCHOTERAPII předcházela volbě výcviku u jedenácti psychoterapeutů. Konkrétní TEORIÍ bylo ovlivněno sedm účastníků. Studovali texty jednotlivých představitelů psychoterapeutických škol nebo během studia psychologie přilnuli ke konkrétnímu zaměření, které jim bylo blízké. AUTORITOU bylo inspirováno k zahájení psychoterapeutického výcviku pět účastníků. Často volili stejné zaměření výcviku, jako daná autorita, se kterou se seznámili většinou během praxí při studiu. V jednom případě se jednalo o kamarádku, která výcvik účastníka doporučila. Žádné další kategorie v tomto modelu jako příčinné podmínky nefigurovaly.

R12: „Bavilo mě to, když jsme se v teoriích učili, tak tohle mi přišlo, že je mi to nejbližší, a potom taky seznámení s tím, že kamarádka nastoupila na výcvik rok přede mnou a vykládala mi o tom.“

6.2.2 OSOBNÍ MOTIVY

Kategorií centrální, nejvíce sycenou daty a tudíž nejvíce „zakotvenou“, byly **OSOBNÍ MOTIVY**. V paradigmatickém modelu se jedná o jev (B). Motivy zde popsané jsou převážně explicitního charakteru, psychoterapeuti si jich tedy jsou vědomi a sami je popisují. Je třeba čtenáře upozornit na opatrnost při analýze výsledků a na možná zkreslení ze strany subjektu, kterým explicitní motivy podléhají, jak bylo popsáno v teoretické části. V malém případě se vyskytovaly i implicitní, neuvědomované motivy. U většiny účastníků bylo přítomno více motivů. Motivy se rovněž mohly vyvíjet v čase, mohly zanikat či vznikat. V rámci této kategorie lze rozlišit dvě širší subkategorie, **ALTRUISTICKÉ** a **EGOISTICKÉ MOTIVY**. Toto dělení je činěno na základě objektu, ke kterému se motivy váží.

ALTRUISTICKÉ MOTIVY poháněly k věnování se psychoterapii devět účastníků. Účastníci takto motivovaní zmiňovali potřebu a touhu **pomáhat druhým lidem**.

V jednom případě se tomu dělo bez konkretizace důvodů, kdy participantka č. 10 popisovala tuto potřebu jako iracionální, se slovy „*prostě jsem jim chtěla pomáhat*“. Ostatní participanté však jisté příčiny tohoto motivu uváděli. V této kategorii je třeba zdůraznit explicitní charakter motivů zmiňovaných. Mnoho psychologů uvedlo, že mělo touhu pomáhat druhým, ovšem implicitních narcistických motivů za tím stojících si nebyli všichni vědomi.

R8: „To má začátek už v mém dětství, když jsem jako malá holčička byla v nemocnici na chirurgii, protože mě bolelo břicho a měla jsem tam zážitek v noci, kdy malej dvouletý chlapeček hrozně plakal. Přišla tam sestřička, která mu dala přes pusku, zařvala na něj, ať kouká bejt tiše, ať neotravuje. On plakal pro maminku, a v tu chvíli mě někde něco sešlo a já jsem si říkala, že budu pomáhat dětem.“

EGOISTICKÉ MOTIVY (n=10) představují kategorii poměrně rozvětvenou, s nejširším spektrem konkrétních motivů. Motiv v této kategorii aktivizuje jedince k jednání, jenž směřuje především k vlastnímu prospěchu. Nerad bych však, aby čtenář tuto kategorii chápal s negativní konotací vzhledem k použitému termínu. Dále se dělí na osobnostní, pragmatické a narcistické motivy.

Osobnostní motivy (n=7) se váží k vnitřnímu uspokojení pramenící z vlastní osobnosti, především potřeby poznání. Zaujetí **poznáním lidské psychiky** uvedlo šest psychologů. Tato subkategorie zahrnovala kódy, pro které byl společný nějaký motiv obecného poznání lidské psychiky (porozumění motivaci, nevědomí, lidský vývoj atd.). Ilustruje ji výrok participanta č. 6: „*Mě vždycky bavilo přemýšlet o člověku, o vzdělání, o výchově, o tom, jak to vlastně na světě funguje.*“ Poznávání lidské mysli však nebylo limitováno pouze na okolní svět, ve dvou případech bylo motivem k psychoterapii i vlastní **sebepoznání**.

Pragmatické motivy k psychoterapii přivedly tři participanty. Jde o subkategorii, která se pojí s uspokojením cílů především odrážející nějaký vnější zisk. Může se jednat o **získání vyšší kvalifikace** (n=2) či jisté **uplatnění na pracovním trhu** (n=1).

Narcistické motivy (n=4) představovaly subkategorii, jenž je na pomezí implicitní a explicitní motivace. S trochou zjednodušení je lze chápat jako směs dvou předchozích subkategorií motivů. Narcistické uspokojení z těchto motivů plynoucí je syceno buď potřebou moci uplatňující se ve vnějším sociálním prostředí, sebepotvrzením a potřebou lásky, jež směřuje do vlastní osobnosti, nebo kombinací obou. Ve dvou případech byla

shledána přítomnost **stále neuvědomovaných narcistických motivů**. Takové motivy tedy nebyly participanty přímo popsány a pojmenovány, zůstávají působit čistě v implicitních motivačních procesech. Pro incidenci již **uvědomovaných narcistických motivů** (n=2) bylo zapotřebí uplatnění intervenující podmínky, **UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)**. U těchto participantů došlo k zvědomení dřívějších zcela implicitních motivů a jsou schopni je nyní explicitně popsat. Neznamená to však, že by tato motivace zmizela.

R11: „Mám pocit, že to bylo naivní, že to bylo hodně z takových pomahačských motivů, v podstatě vlastně i tů moci. Takový jako nezralý mi přišly ty motivy.“

R12: „Já si myslím, že s těma narcistickýma otázkama na tom výcviku jsme hodně pracovali a dospěla jsem k tomu, že vlastně narcismus není špatnej, když o něm víte a umíte s ním pracovat. Můj výcvikový terapeut tvrdí, že skoro každý psychoanalytik je narcistní a že je to v pořádku, že je divný, kdyby nebyl. Takže jo, ta motivace možná zůstává stejná. Chceme možná narcisticky měnit svět. Ale teď už o tom asi vím, už si to umím líp pojmenovat. Já od toho, co jsem po výcviku, tak říkám, že miluju svůj narcismus, že je to krásná věc.“

Osobní motivy a studium psychologie

V paradigmatickém modelu pro výzkumnou otázku zabývající se motivací ke studiu psychologie na vysoké škole se počet motivů v jednotlivých kategoriích lišil. To je především způsobeno rozdílnou pozicí studia psychologie na životní trajektorii jednotlivých psychoterapeutů. **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** ke studiu psychologie zmiňovalo sedm participantů. Došlo ke zvýšení počtu **EGOISTICKÝCH MOTIVŮ** (n=11). Osobnostní motivy uvedlo 6 psychoterapeutů. Většina uváděla motivy **poznávání lidské psychiky** (n=5) a jeden participant studoval s cílem vlastního **sebepoznání**. Někdy hrály roli při výběru vysoké školy i pragmatické motivy (n=3), u nichž bylo rozložení subkategorií stejné jako u modelu pro psychoterapii.

R13: „Já si myslím, že to nebyly žádný úplně prozaický důvody, jako že jsem to chtěla vždycky dělat. Já jsem nechtěla být učitelka, tatínek taky nechtěl, abych byla učitelka, a v té době se chodilo buď na učitelský obory, a ta psychologie tam byla hrozně malá šance se tam dostat, ročník čítal čtyři lidi celý. Nemyslím si, že bych byla natolik uvědomělá, že bych chtěla studovat psychologii, to byl prostě výběr škol a já jsem měla spíš humanitní zaměření, tak se vybíralo z toho, co tak trošku rezonuje.“

U narcistických motivů (n=5) bylo zaznamenáno zvýšení o jednu participantku, přesněji v subkategorii **uvědomovaných narcistických motivů**. Ta popisuje potřebu narcistického uspokojení méněcennosti skrze exhibovanou moc ve vnějším sociálním prostředí. Na otázku, proč si vybrala studium psychologie, odpovídá takto:

R2: *Chtěla jsem být ve svých 16 a 17 letech pro druhé ještě více zajímavá, a když jsem si to zpětně analyzovala, tak jsem jednoznačně nad nimi chtěla mít moc. Myslím si, že ve skutečnosti to bylo zranění z dětství, kdy jsem měla problémy se sebejistotou, takže to bylo na nevědomý úrovni, že mě ta touha mít moc, to znamená v podstatě, když to přenesu, být vyrovnaná spokojená sama se sebou, nemít moc nemoci nebo zakomplexovanosti.“*

V tomto modelu se objevuje nová kategorie ZÁJEM O PSYCHOTERAPII (n=7) a zastává stejnou úlohu, jež byla popsána v kategorii OSOBNÍ HISTORIE. Představuje počet participantů, kteří byli ke studiu vedeni s již jasně zformovaným cílem věnovat se psychoterapii. Tento zájem se pro každého participanta skládá z dílčích motivů, které uvedl v modelu pro věnování se psychoterapii.

Osobní motivy a psychotherapeutický výcvik

ALTRUISTICKÉ MOTIVY vedly k zahájení psychotherapeutického výcviku deset participantů. EGOISTICKÉ MOTIVY byly přítomny u jedenácti participantů. Osobnostních motivů (n=11) značně přibýlo, jak v oblasti **poznání lidské psychiky** (n=7), tak v oblasti **sebepoznání** (n=4). Nejvyšší růst zaznamenaly pragmatické motivy (n=8). Participantů často chápali psychotherapeutický výcvik jako nezbytnou prerekvizitu pro povolání psychotherapeuta. Ilustrovat si tuto motivaci můžeme na odpovědi participanta č. 6 na otázku, co ho vedlo k zahájení psychotherapeutického výcviku: „*Zájem určitě, ale nutnost v tom smyslu, abych s tím neotálel. Během školy se mi nechtělo do výcviku, potom jsem se k tomu nechal dohnat spíš tou nutností. Je potřeba za sebou mít nějakou sebezkušenostní výcvik.“* Narcistické motivy (n=5) si zachovaly stejný počet participantů. ZÁJEM O PSYCHOTERAPII byl před započítáním psychotherapeutického výcviku uveden jedenácti psychotherapeuty.

Osobní motivy a setrvání v profesi

V tomto modelu již došlo k dosažení cíle věnovat se psychoterapii a nastala výměna za cíl setrvat v psychoterapeutické praxi. V některých případech se tyto motivy neměnily a zůstávaly stejné. Většina nových motivů odráží dosažené výsledky v psychoterapii s klientem a případné zpětné vazby. ALTRUISTICKÉ MOTIVY (n=7) uváděla značná část výzkumného souboru. Šlo především o motivy spojené s prospěchem klientů, s posunutím se v psychoterapeutickém procesu k uzdravení, a s tím, jak tuto skutečnost klienti reflektují. Participantka č. 11 hovoří takto: „*Motivuje vidět mě své klienty se posouvat, zrát, když vidím, že nachází nové cesty, že žijou kvalitnější život, šťastnější lepší vztahy a že to tu cihličku k tomu přidávám já, že projdou terapií nebo pár sezeníma.*“

MOTIVY EGOISTICKÉ se nacházely u dvanácti psychoterapeutů. Pragmatické motivy byly přítomny pouze u jedné participantky, která uváděla výhodu svobodně zvolené pracovní doby v soukromé psychoterapeutické praxi. Osobnostní motivy (n=11) byly širší subkategorií, dále se větví. **Poznání lidské psychiky** (n=6) bylo díky většímu počtu podobných kódů rozděleno ještě na jednu subkategorii, **poznávání rozmanitosti** (n=4).

R1: „Víte, ono je to strašně obohacující na obě strany. Když přijde kdokoliv, tak to neustále otvírá pohledy na to, že lidi jsou fakt různý a díváme se na svět jinak. A že není žádný dogma, že já to vidím nějak a ono to tak je. Prostě vždycky to je jak kinder vajíčko, nikdy nevíte, kdo vám přijde.“

R5: „Je to krásná práce. S každým příběhem klienta, se kterým máte možnost pracovat, tak se vám rozkrývá celej novej vesmír, jeho vlastně příběhu, který prožívá, který s váma sdílí.“

Sebepoznání je v psychoterapeutické praxi motivem pro pět participantů. O psychoterapii se vyjadřují jako o oboustranném, vzájemně se obohacujícím procesu, který dovoluje růst i jim samotným. Novou subkategorií je i **smysl a poslání** (n=8). Psychoterapeuti takto zakódovaní hovořili o iracionálních motivech a emocích spojených s výkonem psychoterapie. Uváděli přesah této profese do více oblastí svého života. Vyjadřovali kongruenci a pocity naplnění.

R5: „Já jsem člověk, kterej potřebuje v životě dělat něco smysluplného a moc jiných smysluplných činností, ne že by nebyly, ale pro mě třeba obtížně je těžký si představit sám sebe, že bych prodával auta, v nějakým byznysu. Potřebuju ten život mít naplněnej nějakým smyslem a psychoterapie mně ho určitě dává.“

R8: „Protože to mám ráda. Dává mi smysl. Mám radost z toho, když vidím, že těm lidem můžu ukázat možnosti, když jim dávám naději a když jsou šťastný. A důležitéj je fakt ten smysl.“

R2: „Protože cítím, že to je moje poslání, že se v tom můžu rozvíjet a naplňuje mě to a pomáhá mi to i v mém osobnostním růstu.“

Narcistické motivy se vyskytovaly u čtyř psychoterapeutů. Tyto motivy byly odvozeny od interpretace výsledků psychoterapeutické praxe participantů. Bylo přihlédnuto k celkovým motivům vyskytujícím se na životní trajektorii daného jedince. Tito participanté vyjadřovali potěšení především nad dosažením úspěchů v psychoterapii skrze vlastní osobu, jakožto zdroje uzdravení. Psychoterapii mnohdy vnímali jako výkon.

R9: „Nic mě na tom nezklamalo, nic mě na tom nezarmoutilo, ale asi v tom rozsahu, v jakém to dělám. Na plný úvazek bych to nechtěla dělat.“

R12: „Asi úspěchy, když se vám něco podaří, tak je to silnej hnací motor, je to velická motivace.“

6.2.3 CÍLE CHOVÁNÍ

Kontextem **OSOBNÍCH MOTIVŮ (B)** jsou v paradigmatickém modelu **CÍLE CHOVÁNÍ (C)**. Slovo „cíl“ a „cíle chování“ používám s ohledem na jejich odborný význam v terminologii motivace, který byl popsán v teoretické části. Tyto cíle se odvíjí od konkrétních motivů, které byly zmíněny v předchozí kategorii. Vyskytují se zde cíle převážně explicitní, ovšem některé byly v určitém časovém období implicitní a posléze byly na základě intervenující podmínky, **UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)**, o které bude řeč dále, explicitně přeformulovány. Rovněž tak se zde vyskytují i implicitní cíle, ovšem v malé míře. Dělí se do dvou hlavních subkategorií **ALTRUISTICKÝCH** a **EGOISTICKÝCH CÍLŮ CHOVÁNÍ**.

Tato kategorie je malého rozsahu, poněvadž se jedná o vyabstrahované primární koncové stavy motivačního jednání, kterých chtěli psychoterapeuti dosáhnout. Cíle, jak již bylo popsáno v teoretické části, obsahují dvě části, cílové objekty a cílové chování. Cílové objekty zde představuje vždy předmět formulace dané výzkumné otázky. Pokud je nejdříve popisován paradigmatický model otázky a., jenž zkoumá motivaci k psychoterapii, cílovým objektem bude věnování se psychoterapii. U modelu, zkoumajícího motivaci k výběru psychologie jako oboru, bude cílovým objektem studium psychologie atd. Cílové chování však představuje zamýšlené dosažení uspokojení z objektu plynoucí.

Za EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ považují takové cíle, jejichž uspokojení přináší prospěch primárně vlastní osobě. Cíle chování tohoto charakteru vzhledem k psychoterapii projevilo celkem deset účastníků. Osobnostním uspokojením (n=7) rozumím okruh cílů chování směřující k nehmotnému vnitřnímu uspokojení vlastní osobnosti. Uspokojení pragmatické (n=3) je spjata s konkrétní oblastí, jež je přenositelná do vnějšího světa s cílem dalšího zisku či moci. Narcistické uspokojení (n=4) se dá považovat za kombinaci dvou předchozích kategorií, neboť obsahuje jak složku sledující osobnostní uspokojení, tak vnější moc.

Oproti tomu ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=9) chápu jako cíle primárně usilující o prospěch osob druhých na úkor osoby vlastní. V teoretické části bylo popsáno, že i takové chování přináší určitou vnitřní osobní odměnu, tedy altruistické uspokojení (n=9).

Cíle chování a studium psychologie

V modelu pro motivaci ke studiu psychologie hrály EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=11) větší roli. Osobnostní uspokojení (n=6) pokleslo o jednoho účastníka, zato uspokojení pragmatické (n=3) se ve vztahu ke vzdělání zvýšilo, stejně tak jako narcistické uspokojení (n=5). Pokles zaznamenaly i ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ, a to na sedm účastníků.

Cíle chování a psychotherapeutický výcvik

V rámci psychotherapeutického výcviku došlo k největšímu navýšení EGOISTICKÝCH CÍLŮ CHOVÁNÍ (n=12). Osobnostní uspokojení vzrostlo na jedenáct participantů, rovněž tak pragmatické uspokojení si polepšilo na osm participantů. Narcistické uspokojení (n=5) zůstalo beze změny. ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ vzrostly na deset participantů. ZÁJEM O PSYCHOTERAPII (n=11) byl přítomen u většiny psychotherapeutů.

Cíle chování a setrvání v profesi

Kategorie CÍLE CHOVÁNÍ (C) se týká i čtvrté výzkumné otázky, tedy aktuální motivace k setrvání v psychotherapeutické praxi. EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=12) byly značně významné i v tomto modelu. Osobnostní uspokojení bylo přítomno u jedenácti participantů. Pragmatického uspokojení dosahovala jedna participantka. Narcistické uspokojení hrálo roli u čtyř účastníků výzkumu. ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=7) byly neméně důležité pro aktuálně vnímanou motivaci k psychotherapeutické praxi.

6.2.4 UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ

Tato kategorie představuje v paradigmatickém modelu intervenující podmínku (D). Roli hraje pouze v případech dříve nevědomých, tedy implicitních motivů, které byly postupně participanty rozpoznány a zčásti přeformulovány na motivy explicitní. Pokud však k působení uvědomění dojde, nastává změna náhledu na **OSOBNÍ MOTIVY (B)** a s nimi spjaté **CÍLE CHOVÁNÍ (C)**. V tomto vzorku se jednalo výhradně o motivy spojené se zraněním. Jelikož výsledky interpretace dat týkajících se zranění byly komplexně rozebrány v kapitole **5.1.4 UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ** předchozího výzkumného okruhu, nebude jim zde již věnován prostor a čtenáře odkazuji na příslušnou kapitolu.

Pokud použijeme kategorie z předchozího výzkumného okruhu, **UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)** se v rámci kategorie **NÁHLED** vztahovalo pouze k subkategorii uvědomění zpětně (n=5). Ostatní motivy explicitního charakteru jsou již z logiky samotného pojmu uvědomovány ihned. Uvědomění podléhaly nejvíce narcistické motivy (n=3), ve dvou

případech i MOTIVY ALTRUISTICKÉ. K uvědomění docházelo ve dvou OBDOBÍCH, mladší (n=1) a střední (n=4) dospělosti. Jedna participantka zmiňovala narcistické motivy ke studiu psychologie, ovšem po uvědomění uváděla nové motivy směřující k psychoterapii již pouze z altruistických důvodů. Co se ZPŮSOBU UVĚDOMĚNÍ týče, ve třech případech k němu došlo samovolným náhledem. U dvou participantek se tak stalo během konkrétní situace, psychoterapeutického výcviku. Před rozhodnutím věnovat se psychoterapii došlo k uvědomění motivů u čtyř participantů. Jedna participantka si své implicitní motivy uvědomila sice až po zformování cíle věnovat se psychoterapii, ovšem ještě před vstoupením do psychoterapeutické praxe.

Uvědomění v ostatních modelech

Jelikož je rozsah této kapitoly malý, popíši zde i vztahy uvědomění motivů v jiných modelech. Před zahájením studia psychologie na vysoké škole si nikdo nebyl působení implicitních motivů vědom, uvědomění tedy nehrálo v modelu pro studium psychologie žádnou roli. UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ figurovalo před zahájením psychoterapeutického výcviku jako intervenující podmínka pouze u dvou participantek. Jednalo se vždy o zpětné uvědomění odlišných motivů, jednou o narcistické motivy pramenící z narcistního zranění. Rovněž jedna participantka změnila pohled na své explicitně uváděné ALTRUISTICKÉ MOTIVY, které byly spojeny se zraněním ze sociálního okolí. Obě participantky došly k uvědomění samovolným náhledem, každá však v jinou dobu. Jednou došlo k uvědomění v OBDOBÍ mladší dospělosti a u druhé participantky během dospělosti střední. Psychoterapeutický výcvik tedy zahájily s již proběhlým uvědoměním dvě participantky. U zbylých třech participantek došlo k uvědomění buď v rámci psychoterapeutického výcviku (n=2), nebo po jeho absolvování (n=1).

6.2.5 ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE

Tato kategorie představuje v paradigmatickém modelu strategii jednání (E). Zde opět přejímám terminologii motivačních teoretiků, jedná se o Heckhausenův bod překročení Rubikonu a počátek Klingerova latentního procesu aktuálních zájmů. V motivačním procesu hraje zformování a přijetí cíle významnou roli, neboť od tohoto momentu se odvíjí veškeré cílesměrné chování. Jelikož jsou cíle úzce spjaty s explicitním motivačním systémem, v získaných datech se odrážejí na údajích reprezentujících období vědomého rozhodnutí se k určitému kroku, činnosti apod. Model pro setrvání v psychologické praxi není do této kategorie zahrnut, jelikož se jedná o stále probíhající proces. OBDOBÍ zde prezentovaná představují stejná věková rozmezí, jež byla použita výše.

V dětství měla cíl věnovat se psychoterapii zformovaný pouze jedna participantka. V pubescenci se tak stalo rovněž u jedné participantky. V adolescenci (n=3) bylo toto rozhodnutí už častější. Největší počet participantů explicitně formuloval tento cíl až v období mladší dospělosti (n=5). Po dosažení svých třiceti let, tedy ve střední dospělosti, se pro směřování k psychoterapii rozhodli tři participanté. Průměrný věk byl 22 let.

Zformování a přijetí cílů a studium psychologie

V modelu pro studium psychologie bylo jiné rozložení výzkumného souboru. V období dětství ještě neměl cíl studovat psychologii žádný z participantů. Poprvé se objevil v pubescenci, a to v jednom případě. Adolence (n=8) však bylo období pro učinění kroku ke studiu psychologie nejčastější. Tyto výsledky nejsou překvapivé, vzhledem k tomu, že právě adolescence je doba, kdy většina populace, která se rozhodne dále studovat, volí vysokou školu. Někteří participanté, většinou ti, kteří si nevybrali psychologii jako svůj první obor na vysoké škole, případně šli nejdříve do praxe, však činili rozhodnutí studovat psychologii v mladší (n=3) či střední (n=1) dospělosti. Průměrný věk v tomto modelu byl 18,4 let.

Zformování a přijetí cílů a psychotherapeutický výcvik

Cíle vůči psychotherapeutickému výcviku byly formovány převážně v mladší (n=9) a střední (n=4) dospělosti. Tyto výsledky opět reflektují praktickou realitu, kdy dochází k volbě psychotherapeutického výcviku většinou při studiu psychologie, nebo po jeho dokončení. Průměrný věk v tomto případě činil 26,4 let.

6.2.6 DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU

Pozici následků (F) zaujímá v paradigmatickém modelu **DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU**. Opět je třeba zdůraznit, že motivační cíl se skládá z cílového chování, které je spojené s uspokojením, a cílového objektu, jenž je předmětem tohoto uspokojení. Tato kategorie se tedy opírá o **OBDOBÍ** popisující dosažení jednotlivých cílových objektů. Data ohledně cílového objektu setrvání v profesi nebyla získána, neboť se jedná o stále neukončený proces. Na konci každého paradigmatického modelu je krátce popsán vztah k předchozí kategorii z paradigmatického modelu, **ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE (E)**.

Dosažení cílového objektu věnovat se psychotherapii znamenalo zahájení psychotherapeutické praxe. K tomuto cíli dospělo nejvíce participantů již v mladší dospělosti (n=8). Zbýlých pět participantů vstoupilo do psychotherapeutické praxe až ve střední dospělosti. Průměrným věkem tohoto aktu bylo 30 let. Časové rozmezí mezi zformováním cíle věnovat se psychotherapii a jeho dosažením skrze cílový objekt bylo v průměru 7,9 let. Nejdéle sledovala tento záměr participantka č. 8, a to 17 let. Nejkratší cesta byla pro participantku č. 12, kdy tento záměr trval pouze 1 rok.

Dosažení cílového objektu a studium psychologie

Cílovým objektem pro studium psychologie bylo zahájení studia na vysoké škole. Největší počet participantů začal studovat již v adolescenci (n=8). Menší část výzkumného souboru zahájila studium v mladší dospělosti (n=4). V jednom případě došlo k započetí studia až ve střední dospělosti. Průměrný věk začínajících studentů byl 20,4 let. V tomto modelu byl časový rozdíl mezi zformovaným a přijatým cílem a cílovým objektem v průměru pouze 2 roky. Většina participantů se rozhodovala v ten samý rok svého života, jako nastoupila na danou školu. Nejdéle šlo o rozmezí sedmi let, a to u participantky č. 10.

Dosažení cílového objektu a psychoterapeutický výcvik

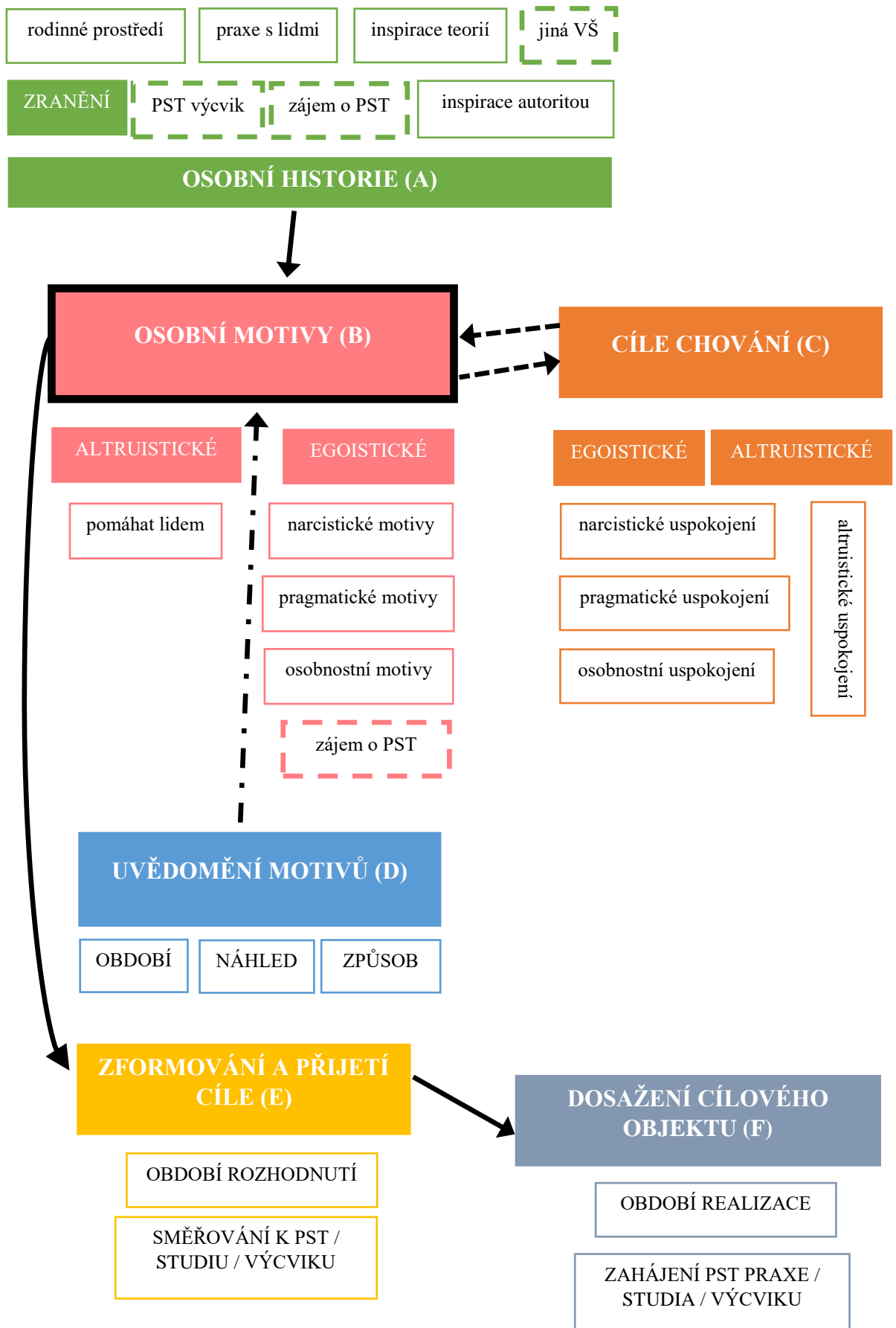
Cílový objekt v tomto modelu představoval realizaci psychoterapeutického výcviku. V mladší dospělosti zahájilo výcvik osm participantů. Pět participantů započalo výcvik až po dovršení třiceti let, ve střední dospělosti. Věk začínajících frekventantů čítal v průměru 27,2 let. Průměrný časový rozestup mezi záměrem absolvovat psychoterapeutický výcvik a nastoupením coby frekventant čítal 0,8 let. Většina participantů začínala výcvik ve stejném věku, jako učinila rozhodnutí. Nejdělsí rozmezí mezi záměrem a jeho realizací bylo u participantky č. 11, a to 7 let.

6.2.7 SHRNUTÍ

V této kapitole postupně představím souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi pro dané paradigmatické modely vázající se k výzkumným otázkám. Jedná se o značně objemnou kapitolu, neboť zde shrnuji čtyři specifické paradigmatické modely. Větší zestručnění nebylo díky vysokému počtu dílčích výzkumných otázek a složitosti motivačních procesů, kterými na ně odpovídám, možné. Každý model odpovídá na příslušnou výzkumnou otázku.

Graficky tyto souvislosti zobrazuje Schéma č.4, které se nachází na následující stránce. Z důvodu šetření prostoru toto schéma představuje průběh motivačního procesu pro všechny paradigmatické modely. Přerušované ohraničení značí kategorie, jež hrají roli jen v určitých modelech.

Schéma č. 4: Paradigmatický model pro motivační procesy u psychoterapeutů



Shrnutí pro věnování se psychoterapii

Začnu popisem modelu pro psychoterapii, který odpovídá na první výzkumnou otázku:

a. Jak se u psychoterapeutů v průběhu jejich života vyvíjela motivace k psychoterapii?

OSOBNÍ HISTORIE (A) představuje události, které participanty vedly k přemýšlení o věnování se psychoterapii v praxi. V paradigmatickém modelu zastává pozici příčinné podmínky. Prvotní impulsy často pocházely od druhých lidí, od čehož se odvíjí kategorie **INSPIRACE RODINNÝM PROSTŘEDÍM** (n=1), **PRAXÍ S LIDMI** (n=2), **AUTORITOU** (n=1) a **PSYCHOTERAPEUTICKÝM VÝCVIKEM** (n=2). Značná část výzkumného souboru byla ovlivněna **TEORIÍ** (n=5), tedy myšlenkovými koncepty, k nimž se dostávali skrze literaturu. Největší dopad však mělo **ZRANĚNÍ** (n=10) v osobním životě.

Centrální kategorií byly **OSOBNÍ MOTIVY (B)**, převážně explicitního charakteru. Potřebu pomáhat druhým odrážely **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** (n=9). **EGOISTICKÝMI MOTIVY** (n=10) již bylo poháněno více participantů. Osobnostní motivy (n=7) představovaly především uspokojení potřeby poznání, a to skrze obecné **poznání lidské psychiky** (n=6) nebo skrze **sebepoznání** (n=2). Pragmatické motivy (n=3) odrážely vnější zisk pomocí **získání vyšší kvalifikace** (n=2) nebo jistým **uplatněním na pracovním trhu** (n=1). Narcistické motivy (n=4), konkrétně jejich subkategorie **uvědomované narcistické motivy** (n=2), byly explicitně popisovány pouze po uplatnění intervenující podmínky, **UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)**. Implicitní působení **stále neuvědomovaných narcistických motivů** (n=2) bylo rovněž přítomno.

Ve vzájemně působícím vztahu s centrální kategorií a v pozici kontextu figurovaly **CÍLE CHOVÁNÍ (C)**. Tyto cíle kopírují rozložení participantů v rámci **ALTRUISTICKÝCH** (n=9) a **EGOISTICKÝCH** (n=10) **MOTIVŮ** z předchozí kategorie. Jedná se o vyextrahovaný způsob uspokojení, jenž je v těchto motivech, směřující k cílovému objektu, obsažen.

UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D) působí jako intervenující podmínka jak na **OSOBNÍ MOTIVY (B)**, tak na kontext s nimi spojený, tedy **CÍLE CHOVÁNÍ (C)**. **NÁHLED** probíhal pouze při uvědomění zpětně (n=5). Uvědomění se vztahovalo především na narcistické motivy (n=3) a v menší míře na **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** (n=2). K uvědomění docházelo ve dvou **OBDOBÍCH**, mladší (n=1) a střední (n=4) dospělosti. **ZPŮSOB**

UVĚDOMĚNÍ probíhal buď samovolným náhledem (n=3) nebo v rámci konkrétní situace (n=2), psychoterapeutického výcviku.

Pozice strategie jednání je zaujímaná kategorií **ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE (D)**, jejímž obsahem je kvantitativní údaj **OBDOBÍ**, ve kterém došlo k vědomému **ROZHODNUTÍ** věnovat se psychoterapii. Vztahuje se tedy pouze k explicitním motivům. Do devatenácti let, během dětství (n=1), pubescence (n=1) a adolescence (n=3) nebyl záměr věnovat se psychoterapii často zformován. Nejčastěji byli rozhodnutí tento krok učinit účastníci v mladší (n=5) a střední (n=3) dospělosti. Cíl věnovat se psychoterapii jako profesi mohl předcházet studiu psychologie na vysoké škole (n= 7), mohl být přijat během studií nebo v praxi, před zahájením psychoterapeutického výcviku (n=4), anebo mohl být zformován až během psychoterapeutického výcviku (n=2) či po jeho absolvování.

DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU představuje v paradigmatickém modelu následky. Jde o kategorii popisující kvantitativní **OBDOBÍ REALIZACE** cílového objektu, v tomto případě zahájení psychoterapeutické praxe. Psychoterapii se profesně věnovat začali účastníci v mladší (n=8) a střední dospělosti (n=5).

Shrnutí pro studium psychologie

Nyní shrnu paradigmatický model pro studium psychologie a popíši rozdíly v jednotlivých kategoriích oproti modelu základnímu, tedy modelu pro psychoterapii. Tento model představuje odpověď na druhou výzkumnou otázku:

- b. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k výběru studia psychologie?

V rámci **OSOBNÍ HISTORIE** došlo k následujícím změnám. Kategorie zahrnující lidský faktor, **INSPIRACE RODINNÝM PROSTŘEDÍM** (n=2) se zvýšila o jednu účastničku. **PRAXE S LIDMI** (n=2) zůstala nezměněna. **AUTORITA** (n=1) inspirovala k vysoké škole jednu účastničku, ovšem jinou, nežli inspirovala k rozhodnutí věnovat se psychoterapii. **INSPIRACE TEORIÍ** (n=6) přibyla u jedné účastničky. Počet **ZRANĚNÍ** (n=10) se nezměnil. Žádné nové zranění, které by již dříve nebylo přítomno, buď v implicitní, nebo explicitní formě, tedy nefigurovalo jako inspirace ke studiu psychologie.

U studia psychologie se objevily dvě nové kategorie, INSPIRACE JINOU VYSOKOU ŠKOLOU (n=3), konkrétně studiem předmětů s psychologickou tematikou. ZÁJEM O PSYCHOTERAPII (n=7) pak představoval souhrnný počet participantů, kteří byli rozhodnutí věnovat se psychoterapii již před nástupem na studium psychologie. Kategorie, která zcela vymizela, byla inspirace vzniklá během PSYCHOTERAPEUTICKÉHO VÝCVIKU. Participantů sice mohli učinit rozhodnutí věnovat se psychoterapii v praxi až během výcviku, ovšem ke studiu psychologie je vedly jiné motivy.

OSOBNÍ MOTIVY prošly rovněž značnými změnami. ALTRUISTICKÉ MOTIVY (n=7) vedoucí ke studiu byly méně časté nežli k praktikování psychoterapie, došlo k poklesu o dvě participantky. Naopak MOTIVY EGOISTICKÉ (n=11) zaznamenaly zvýšení o jednoho participanta. Osobnostní motivy (n=6) poklesly o jednoho účastníka. **Poznávání lidské psychiky** (n=5) motivovalo o jednoho participanta méně, stejně tak **sebepoznání** (n=1). Celkový počet pragmatických motivů (n=3) zůstal nezměněn, ovšem jedna participantka oproti modelu pro psychoterapii od pragmatických motivů upustila, a naopak jedna participantka zahájila studium psychologie na základě pragmatických motivů, které však nepokračovaly jako motivy pro psychoterapii. Narcistické motivy (n=5), konkrétně subkategorie **uvědomované narcistické motivy** (n=3), zaznamenaly nárůst o jednu participantku, která zmiňovala narcistické motivy ke studiu psychologie, ovšem po UVĚDOMĚNÍ uváděla nové motivy směřující již k psychoterapii z altruistických pohnutek. **Stále neuvědomované narcistické motivy** (n=2) se nezměnily.

CÍLE CHOVÁNÍ odrážely změny v **OSOBNÍCH MOTIVECH** pro studium psychologie. EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=11) se zvýšily. Osobnostní uspokojení (n=6) se snížilo, ovšem uspokojení pragmatické (n=3) se ve vztahu ke studiu zvýšilo, stejně tak jako narcistické uspokojení (n=5). Pokles zaznamenaly i ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ (n=7).

UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ jako intervenující podmínka v modelu pro studium psychologie nefigurovala, neboť u všech participantů došlo k uvědomění až po nastoupení na vysokou školu.

Ke **ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE** studovat psychologii nedošlo oproti předchozímu modelu v dětství. V pubescenci (n=1) nenastaly změny. Veliký nárůst zaznamenalo období adolescence (n=8). Ten lze odůvodnit faktem, že je volba vysoké školy

v tomto období v populaci nejčastější. Mladší dospělost zaznamenala pokles o dvě participantky (n=3), stejně tak jako dospělost střední (n=1).

DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU, v tomto případě zahájení studia na vysoké škole, nastalo nejčastěji v adolescenci (n=8). Tato kategorie nebyla v modelu pro psychoterapii přítomna, neboť vzhledem k výzkumnému souboru, jehož kritériem bylo dokončené studium psychologie, bylo téměř nemožné začít psychoterapeutickou praxi do věku devatenácti let. V mladší dospělosti (n=4) nastoupilo ke studiu již méně participantů. Naopak psychoterapii začalo v tomto období praktikovat 8 participantů. Střední dospělost byla v případě studia kategorie výjimečná (n=1), ovšem vzhledem k zahájení psychoterapeutické praxe (n=5) nikoliv. Záměr studovat psychologii byl oproti rozhodnutí věnovat se psychoterapii participanty zformován podstatně dříve a časový rozdíl mezi rozhodnutím a jeho realizací byl podstatně menší.

Shrnutí pro zahájení psychoterapeutického výcviku

Motivací směřující k psychoterapeutickému výcviku se zabývá následující model, kterým odpovídám na třetí výzkumnou otázku:

c. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k zahájení psychoterapeutického výcviku?

OSOBNÍ HISTORIE měla v modelu pro psychoterapeutický výcvik rovněž odlišnou verzi kategorií. Nezměněna zůstala **INSPIRACE RODINNÝM PROSTŘEDÍM** (n=1), **PRAXÍ S LIDMI** (n=2) a **ZRANĚNÍM** (n=10). Nejvyšší nárůst oproti modelu pro psychoterapii zaznamenala **INSPIRACE AUTORITOU** (n=6), a to o pět participantů. Participantů často dbali na reference přátel, kolegů, učitelů či jiných významných osobností v oboru. O čtyři participanty si polepšila **INSPIRACE TEORIÍ** (n=9), v tomto případě již spjatá s konkrétními psychoterapeutickými školami, oproti obecnější inspiraci literaturou ke studiu vysoké školy. S již zformovaným **ZÁJMEM O PSYCHOTERAPII** (n=11) se do výcviku hlásilo o čtyři participanty více, oproti těm, kteří tak byli rozhodnutí před studiem psychologie. Kategorie **INSPIRACE JINOU VYSOKOU ŠKOLOU** a **PSYCHOTERAPEUTICKÝM VÝCVIKEM** neměly v tomto modelu žádné zastoupení.

V rámci **OSOBNÍCH MOTIVŮ** zůstala nezměněná kategorie **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** (n=9). **EGOISTICKÉ MOTIVY** (n=13) zaznamenaly nárůst o tři participanty

a byly přítomny u celého výzkumného souboru. Osobnostní motivy (n=8) vzrostly o dva participanty. **Poznávání lidské psychiky** (n=4) motivovalo o jednoho účastníka výzkumu méně. Nárůst o tři participanty však zaznamenaly motivy směřující k vlastnímu **sebepoznání** (n=5). Nejvíce narostly pragmatické motivy (n=9), a to o šest participantů, kteří vnímali vstup do psychotherapeutického výcviku jako nutnost pro budoucí práci psychotherapeuta. Narcistické motivy (n=4) zůstaly beze změn.

CÍLE CHOVÁNÍ kopirovaly rozložení kategorií od **OSOBNÍCH MOTIVŮ**. **EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ** (n=13) směřující k vlastní prospěchu vlastní osoby sledovali všichni participanti, konkrétně skrze osobnostní (n=8), pragmatické (n=9) či narcistické (n=4) uspokojení. **ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ** (n=9) byly beze změn.

UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ působilo v modelu pro psychotherapeutický výcvik jako intervenující podmínka pouze u dvou participantek. Jednalo se o zpětné uvědomění různých motivů. Šlo o narcistické motivy (n=1) spjaté s narcistním zraněním, nebo o **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** (n=1), spojené se zraněním ze sociálního okolí. Obě participantky došly k uvědomění samovolným náhledem, každá však v jiném **OBDOBÍ**. Jedna v mladší dospělosti a druhá během dospělosti střední.

ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE, tedy záměru vstoupit do psychotherapeutického výcviku, bylo přítomno v mladší (n=9) a střední (n=4) dospělosti. Většina participantů se rozhoduje pro psychotherapeutický výcvik během studia vysoké školy nebo po jeho dokončení.

Zahájením psychotherapeutického výcviku došlo k **DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU**. U participantů se tak dělo v obdobích mladší (n=8) a střední (n=5) dospělosti. Časové rozpětí mezi učiněním rozhodnutí vstoupit do výcviku a jeho realizací bylo nejnižší ze všech sledovaných modelů.

Shrnutí pro setrvání v psychotherapeutické profesi

Nyní bude představen paradigmatický model pro aktuální motivaci pojící se s vykonávanou psychotherapeutickou praxí. Toto shrnutí odpovídá na čtvrtou výzkumnou otázku:

- d. Jaké aspekty motivace psychotherapeuti spatřují ve své současné práci?

OSOBNÍ HISTORIE v tomto případě představuje pouze kategorii **ZÁJEM O PSYCHOTERAPII** (n=13), včetně dílčích motivů, ze kterých se skládá na individuální úrovni pro každého účastníka. Tyto motivy již byly popsány v předchozích modelech. Zformovaný a přijatý cíl věnovat se psychoterapii v praxi byl přítomen u všech účastníků. Roli příčinné podmínky pro tento model představuje především díky realizaci tohoto cíle, skrze **DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU** modelu pro motivaci k psychoterapii, tedy zahájení psychoterapeutické praxe.

Po vstupu do psychoterapeutické praxe dochází k působení centrální kategorie, jevu **OSOBNÍCH MOTIVŮ**. Tyto motivy jsou především odrazem výsledků psychoterapie s klientem. **EGOISTICKÉ MOTIVY** (n=12) vedly terapeuty k setrvání v této profesi často. Osobnostní motivy (n=11) ovlivnily nejvíce terapeutů. V rámci obecného **poznávání lidské psychiky** (n=6) přibyla konkrétnější subkategorie, která reflektovala **poznávání rozmanitosti** (n=4) osobnosti každého klienta. Významným motivem je i **sebepoznání** (n=5) zprostředkované oboustranným obohacením v psychoterapii. Nejčastější motivací je abstraktní a vysoce individuální motiv **smyslu a poslání**, kteří terapeuti ve své práci spatřují (n=8). Někteří účastníci jsou poháněni narcistickými motivy (n=4), neboť udávají pohnutky spojené především s vlastními úspěchy v terapii, z pozice psychoterapeuta. Pragmatický motiv (n=1) svobody pracovní doby byl pouze výjimkou. **ALTRUISTICKÉ MOTIVY** (n=7) spojené s prospěchem klienta nebyly zanedbatelné.

CÍLE CHOVÁNÍ byly opět pouhou reflexí uspokojeních, jež byla sledována **OSOBNÍMI MOTIVY** v předchozí kategorii. Uspokojení bylo nejčastěji dosahováno skrze **EGOISTICKÉ CÍLE** (n=12) a jeho subkategorie osobnostní (n=11), narcistické (n=4) a pragmatické uspokojení (n=1). **ALTRUISTICKÉ CÍLE** (n=7) dávaly rovněž prostor pro uspokojení potřeb.

ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE nemělo v tomto modelu žádný obsah, neboť podléhá neustálému procesu přeformulování. Představovalo rozhodnutí setrvat v psychoterapeutické praxi, které však bylo téměř okamžitě realizováno skrze **DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU**, tedy akt setrvání v psychoterapeutické praxi.

6.3 Celkové shrnutí výsledků

Na tomto místě ještě jednou shrnuji výsledky obou výzkumných okruhů a odpovídám na jednotlivé výzkumné otázky. Jde o kapitolu, která je zařazena čistě z důvodu lepší srozumitelnosti pro čtenáře, aby si mohl přehledně a jednoduše, již bez naznačených úrovní kategorií a počtu participantů, představit k čemu jsem ve výzkumu došel.

- e. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k případnému zranění?**
- f. Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k uvědomění této zraněnosti?**

Nejtypičtější průběh zranění a uvědomění v rámci výzkumného souboru bylo záměrné psychické zranění s původem v rodině, které se stalo v dětství. Bylo spojeno se špatnými formami výchovy a způsobilo narcistické zranění, jenž bylo zvědoměno až ve střední dospělosti samovolným náhledem. Toto zranění zásadně ovlivnilo profesní život daného jedince a je vnímáno jako prostředek lepšímu porozumění bolesti druhých lidí. Tehdy uvědomovaná zranění se nejvíce pojila s původem zranění v partnerských vztazích, nejčastěji s těžkým rozchodem ve střední dospělosti.

Intervenující podmínka, uvědomění, nehrála roli ve dvou případech, kdy bylo u participantů zjištěno stále neuvědomované narcistické zranění. I přesto se však zranění dostává k následku, poněvadž se stává součástí implicitní motivace, i když nevědomě. Pokud dojde k uvědomění, jedinec je schopen rozpoznat ovlivnění, pokud nějaké je, a získává jiný náhled i na zraněnost, je tedy ovlivněna jak strategie jednání, tak samotný jev (pokud nevím, že jsem zraněný, ani to sám o sobě neřeknu). Ne vždy dochází v realitě k tomu, že skrze uvědomění se například dříve neuvědomovaná narcistická motivace změní, spíše je rozpoznána a uznána jako součást vlastní osobnosti, o které když vím a kontroluji ji, nemůže napáchat takové škody při usilování o narcistické nasycení tak, jako když je zcela nevědomá.

a. Jak se u psychoterapeutů v průběhu jejich života vyvíjela motivace k psychoterapii?

Nejtypičtější průběh vývoje motivace k psychoterapii vypadal v rámci výzkumného souboru následovně. Jedinci byli inspirováni zraněním a teoretickými myšlenkami, se kterými se seznámili skrze filosofickou či psychologickou literaturu. Tato inspirace dala do pohybu jak altruistické, tak egoistické motivy. Zprvu uváděné altruistické motivy však byly často zrevidovány jako narcistické, na základě uvědomění implicitních motivů. Tyto motivy byly spjaty s narcistickým uspokojením, potřeby moci a sebepotvrzení vlastní hodnoty. K uvědomění docházelo ve střední dospělosti, po dosažení třiceti let, a to nejčastěji samovolným náhledem. Málokdy se však vyskytoval pouze izolovaný motiv, většina participantů uváděla i motivy související s poznáváním lidské psychiky. Tyto motivy byly spjaté s osobnostním uspokojením, především potřebou poznání. Ke zformování a přijetí explicitního cíle věnovat se profesi psychoterapeuta došlo ještě před zahájením studia psychologie na vysoké škole, ovšem až po dosažení 20 let, v mladší dospělosti. Dosažení cílového objektu vstupem do psychoterapeutické praxe se uskutečnilo rovněž v mladší dospělosti. Čas proběhlý od přijetí cíle do jeho realizace však byl oproti ostatním modelům zdaleka nejvyšší, poukazující na nejdéle trvající motivační proces v tomto výzkumu.

b. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k výběru studia psychologie?

Nejtypičtější průběh motivace ke studiu psychologie vypadal takto: Participant se inspirovali zraněním v osobním životě a teoretickými postuláty, jež jim zprostředkovala literatura. Tyto okolnosti rozpohybovaly jak altruistické, tak egoistické motivy. Osobnostní motivy obecného poznání lidské psychiky vedly k uspokojení potřeby poznání. Narcistické motivy, uspokojované skrze potřebu moci a sebepotvrzení, však ještě v období adolescence, kdy byl nejčastěji zformován záměr studovat psychologii, nebyly zvědoměné. Studium psychologie bylo zahájeno s malým časovým rozestupem od zformování tohoto cíle, rovněž před dosažením dvaceti let. Jednalo se o druhý nejrychlejší průběh celkového motivačního procesu.

c. Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k zahájení psychoterapeutického výcviku?

Nejtypičtější průběh motivace k zahájení psychoterapeutického výcviku představují níže. Participanti s již dříve přijatým cílem věnovat se psychoterapii v praxi byli k výcviku vedeni především osobním zraněním. Konkrétní zaměření výcviku však vybírali s ohledem na teoretické myšlenky jimi preferované psychoterapeutické školy a často se nechali inspirovat i autoritou ze svého okolí. Výcvik byl spjatý s dřívějšími altruistickými motivy souvisejícími s motivací k psychoterapii, avšak vyvstaly i nové, spíše egoistické motivy. Ty se týkaly především pragmatické nutnosti psychoterapeutického vzdělání před vstupem do vlastní praxe. Zahrnovaly rovněž uspokojení potřeby poznávání, která však nyní byla více zaměřena na vlastní sebepoznání nežli na obecné poznání lidské psychiky. Uvědomění implicitních motivů hrálo ve vztahu k psychoterapeutickému výcviku malou roli. Záměr zahájit psychoterapeutický výcvik byl přijat v mladém věku. Ve stejném období proběhla i jeho realizace. Z časového hlediska bylo celkové uskutečnění tohoto motivačního procesu nejrychlejší oproti ostatním modelům.

d. Jaké aspekty motivace psychoterapeutů spatřují ve své současné práci?

Nejtypičtější průběh motivace k setrvání v psychoterapeutické praxi vypadal takto: Dříve přijatý cíl věnovat se psychoterapii v rámci povolání byl realizován vstupem do psychoterapeutické praxe. Motivace, odrážející výsledky psychoterapie s klienty, byly především egoistické povahy, na úkor altruistického charakteru motivů. Potřeba poznání byla uspokojována skrze poznávání rozmanitosti klientů, ale i skrze vlastní sebepoznání z psychoterapeutického procesu pramenící. Nejvíce motivoval psychoterapeuty pocit smysluplnosti a poslání. Tyto faktory vedly k zformování cíle setrvat v psychoterapeutickém povolání. Jelikož byly cíle uspokojovány, psychoterapeuti v profesi setrvali nadále.

7 Diskuze

Výzkumným záměrem bylo zmapovat u vybraného souboru praktikujících psychoterapeutů, jakým způsobem byl, či stále je jejich život ovlivněn archetypickou představou zraněného léčitele v oblasti motivace. Na základě toho jsem se snažil ve výzkumné části odpovědět na hlavní výzkumnou otázku:

Kdy a jakým způsobem dochází k motivaci u psychoterapeutů ve vztahu k jejich profesi, s ohledem na případný výskyt zranění?

Kapitola věnující se diskuzi je strukturována na podkapitoly, ve kterých dále rozpracovávám každou dílčí výzkumnou otázku. Na závěr se zaměřuji na limity této práce a návrhy pro možné budoucí zaměření výzkumu.

Originálním přínosem této práce je vzhledem k výzkumům provedeným v České republice zřejmě zvolená metodologie a široký přístup k motivačnímu procesu, kdy jsem se nezaměřil pouze na oblast motivace ke studiu psychologie, ale na celý vývoj motivace od vytvoření záměru věnovat se psychoterapii, přes studium psychologie na vysoké škole, psychoterapeutický výcvik až po aktuální motivaci k setrvání v profesi. Motivace pomáhajících profesí je v České republice zkoumána převážně v rámci kvalifikačních prací. Tyto práce se zaměřují na motivaci v pomáhajících profesích jako celku (Beranová, 2010; Neumannová, 2015) nebo na oblasti jako jsou sociální práce (Buchtová, 2011; Duchoňová, 2016), dobrovolná a charitativní činnost (Kühr, 2015; Sládečková, 2015), sesterská činnost (Doležalová, 2017) či speciální pedagogika (Dudíková, 2012), a tím pádem chybí odborná data o motivaci psychologů a psychoterapeutů. Motivace ke studiu psychologie byla zkoumaná na vzorku studentů psychologie pomocí kvantitativních (Kovář, 2018) i kvalitativních (Tenkl, 2013) metod. Procesuální motivaci na populaci psychoterapeutů nebyla zatím věnována žádná výzkumná pozornost. Stejně tak koncept archetypálního obrazu zraněného léčitele zůstává v České republice vyjma mé bakalářské práce stále neprozkoumanou oblastí. Několik prací se však věnuje syndromu pomocníka (Matulová, 2011; Solařová, 2015).

Zvolením kvalitativní metodologie na dostatečně širokém, a především značně diverzifikovaném výzkumném souboru jsem měl možnost dojít k reprezentativním datům. Metoda hloubkových polostrukturovaných interview se jevila jako velmi vhodně zvolená,

poněvadž vzhledem k citlivé povaze zranění umožňovala adekvátní přístup k participantům. Pozorování bylo neméně důležité, neboť poukazovalo především na implicitní, stále neuvědomované motivy. Kombinací těchto metod jsem dokázal odhalit i takové motivy, které by například pomocí dotazníkového šetření bylo těžké až nemožné získat.

7.1 Zraněnost u psychoterapeutů

V mém výzkumném souboru hrálo zranění, které významným způsobem ovlivnilo alespoň nějaké životní oblasti psychoterapeutů, roli u všech participantů. K těmto zraněním docházelo hlavně v dětství. Nejčastěji se objevovala zranění psychické povahy s původem v mezilidských vztazích, především z primární rodiny. Pro participanty byly zásadní špatné formy výchovy způsobující narcistní zranění, které mělo za následek nízkou míru vlastní sebehodnoty. Zranění z partnerských vztahů měla podobný vliv, nešťastné lásky a rozpady vztahů byly taktéž důležitými faktory. Zraňující bylo pro psychoterapeuty i širší sociální okolí, skrze zástupný kontakt s bolestí druhých.

Zraňující zážitky však terapeuti nevnímali negativně, chápali vlastní bolest jako potenciál pro osobnostní růst, možnost obohacení, které zprostředkovává porozumění bolesti druhých. Tyto výsledky odpovídají teoriím o psychologickém smýšlení, tedy předpokládané, částečně vrozené osobnostní dispozici psychoterapeutů zasazovat zranění do smysluplného kognitivně-emočního rámce (B. A. Farber et al., 2005; Klein et al., 2010). Někteří psychoterapeuti přímo zmiňovali zraněnost jako všeobecný a nutný základ všech pomáhajících profesí. Mluvili o léčbě druhých, ale zároveň i své vlastní léčbě, o sebepoznání, které nikdy nekončí.

Přímá souvislost zranění s volbou či výkonem profese psychoterapeuta byla shledána u 77 % (n=10) z nich. Tyto výsledky odrážejí i zahraniční výzkum, ve kterém Alison Barrová (2006) přišla s obdobným zjištěním u 74 % terapeutů z jejího vzorku (N=253).

Výsledky mého výzkumu dochází k téměř identickým závěrům jako většina, převážně kvalitativních zahraničních studií a publikací zabývajících se motivací psychoterapeutů. U psychoterapeutů se zdá být centrálním rysem nízká sebehodnota a křehké sebepojetí, nejčastěji pramenící z narcistické zraněnosti. Je však třeba zdůraznit, že není jediným možným způsobem zranění, nýbrž nejtypičtějším. Lze konstatovat, že u většiny budoucích psychoterapeutů hraje nějaká míra zraněnosti zásadní roli vzhledem k volbě psychoterapie

jako profese (Barnett, 2007; Elliott & Guy, 1993; B. A. Farber et al., 2005; Fussell & Bonney, 1990; Maeder, 1989; A. Miller, 2008; Norcross & Farber, 2005; Sussman, 1992; Wolgien & Coady, 1997).

Získané výsledky nachází oporu i v řadě teoretických konceptů, které byly postulovány desítky let před uvedenými výzkumy. Analytický psychoterapeut Guggenbühl-Craig (1968, 2007) již v sedmdesátých letech minulého století poukazoval na paralely mezi stínovými aspekty pomáhajících profesí a zraněností na straně pomáhajících. Psychoanalytický pohled na zraněnost psychoterapeutů vzhledem k volbě tohoto povolání nejvíce rozpracoval Wolfgang Schmidbauer (2000, 2008) v osmdesátých letech. Jeho poznatky navazují na starší pojetí narcismu teoretiků objektních vztahů (Kohut, 2013). Jednotlivé narcistické rysy jím zavedeného syndromu pomocníka lze v různé intenzitě nalézt u většiny participantů nejen mého výzkumu, ale i výzkumů výše uvedených. Komplex narcistní struktury osobnosti zahrnuje v různé míře významně zvýšené nebo naopak snížené implicitní motivy postulované Murrayem (1938) a rozpracované McClellandem (1987), tedy motivy moci, výkonu a afiliace a intimity.

7.2 Uvědomění zraněnosti

Uvědomění zraněnosti je spjata s odhalením těchto skutečností jako původních implicitních motivů, které vedou jedince k profesi psychoterapeuta. K získání vědomého náhledu na zranění a zraněnost z něj vycházející docházelo v různých obdobích. Většinu svých zranění si psychoterapeuti uvědomovali již tehdy (n=10), kdy se jim přihodila, nejčastěji ve střední dospělosti. To se většinou týkalo zranění z partnerských vztahů, například rozchodů, kterých si je člověk logicky vědom téměř ihned. Jinak tomu bylo u zranění utržených v dětství, pocházejících z rodinného prostředí, včetně narcistních zranění, která byla participanty většinou zvědoměna zpětně (n=3), se značným časovým odstupem. Tomuto uvědomění nejčastěji napomohla souhra různých individuálních událost, došlo tedy k samovolnému náhledu. U některých terapeutů napomohla rozpoznání této zraněnosti konkrétní událost, psychoterapeutický výcvik.

Zpětné uvědomění zranění se ukazuje i v zahraničních studiích (Wolgien & Coady, 1997). Nabízí se jako vysvětlení pro nejčastěji udávané altruistické motivy ke studiu psychologie (Henry et al., 1973; Kovář, 2018), založené na implicitních nevysvětlitelných

zájmech o obor a nevědomém volání, které budoucí terapeutů přitahuje k této profesi. Je markantní rozdíl mezi udávanou motivací studentů a už praktikujících psychoterapeutů, když mají zpětně hodnotit své motivy. Tyto poznatky nahrávají tezí o volbě psychoterapie jako profese především na základě vlastních implicitních motivů pramenících ze zranění a potřebě tyto zranění vyléčit. Zdá se, že tyto motivy nejsou v době volby povolání uvědomované a mohou zůstat nevědomými i během praktikování psychoterapeutické profese. U takových jedinců pak hrozí vznik negativních dopadů jak na vlastní osobu, tak na klienty. I v rámci mého vzorku byli identifikováni dva takoví psychoterapeuti.

Problematiku implicitních motivů vedoucích ke vstupu do pomáhajících profesí si uvědomoval už Jung (2000a), který do psychoterapie zavedl prvek sebezkušenosti pomocí psychoterapeutického výcviku jako mechanismus, který by měl odhalit tyto stínové stránky budoucích terapeutů, aby nedocházelo k nebezpečným protipřenosovým reakcím v psychoterapeutickém procesu s klienty. Za pravdu mu dává nespočet dalších odborníků zdůrazňující nutnost sebezkušenosti pomocí psychoterapeutického výcviku, supervize či individuální psychoterapie. K uvědomění těchto stinných stránek je důležité dbát o správnou psychohygienu, dle Guggenbühlových (2007) slov je třeba být v neustálém kontaktu se svou stínovou stránkou, „zraněnou“ částí archetypálního obrazu zraněného léčitele, aby nedocházelo k identifikaci a následné inflaci části „léčitele“ - vzniku mesiášského a božského komplexu, kdy jedinec uplatňuje moc a sleduje především vlastní zájmy v psychoterapii.

7.3 Motivace k psychoterapii

Jelikož se výsledky výzkumných otázek věnujících se motivaci překrývají, opět použiji jako styčný model pro diskuzi motivační proces k psychoterapii, který blíže rozvádím. Následující diskutované otázky popisují pouze s ohledem na nové skutečnosti či rozdíly oproti tomuto modelu.

Nejdůležitějším faktorem v motivačním procesu věnovat se psychoterapii bylo opět zranění, jenž bylo diskutováno v předchozí podkapitole. Mimo zranění však figurovalo i zaujetí teoretickými myšlenkami, které budoucí psychoterapeuti studovali ve filosofické či psychologické literatuře. Někteří výzkumníci tento krok vnímají jako útěk od bolestivé reality (Reppen, 1998). V jednom případě hrála roli i vnější autorita, která je rovněž jednou

z nejvíce se opakujících kategorií zahraničních studií (B. A. Farber et al., 2005). Kategorií, která se v ostatních studiích nevyskytovala, byla předchozí praxe s lidmi. V mém výzkumu přivedla k psychoterapii dva participanty. Tito participanti popisovali jako explicitní motivy vedoucí k psychoterapii potřebu prohloubit své znalosti v práci s lidmi, udávali studium psychoterapie jako logický vývoj aktivit, ve kterých se již angažovali, bez uvedení jasného důvodu, proč tyto aktivity dělají. Posléze byli oba označeni jako motivováni stále neuvědomovaným narcistním zraněním. K definitivnímu rozhodnutí věnovat se psychoterapii v praxi došly až během psychoterapeutického výcviku dvě participantky. Ačkoliv se tato kategorie v zahraničních výzkumech neobjevuje, lze ji vysvětlit možným překryvem s kategoriemi inspirace autoritou nebo individuální psychoterapie, poněvadž psychoterapeutický výcvik zahrnuje intenzivní sebezkušenost.

Nejčastěji byly udávány altruistické motivy (pomáhat druhým) věnovat se psychoterapii, které byly mnohdy na základě uvědomění dřívějších implicitních motivů (zranění) zrevidovány jako narcistické motivy, spojené s narcistním uspokojením moci, intimity a sebestvrzení. K uvědomění docházelo ve střední dospělosti, po dosažení třiceti let, a to nejčastěji samovolným náhledem. Motivů vedoucích k volbě psychoterapie však participanti udávali více. Důležitou roli hrály motivy související s poznáváním lidské psychiky, sytící potřebu poznání. Toto pořadí ve frekvenci udávaných altruistických motivů a motivů porozumění lidské psychice v mém výzkumu kopíruje i jiné studie (Henry et al., 1973).

Z hlediska konceptu psychologického smýšlení je motiv porozumění lidské psychiky spjatý s výše zmiňovanou potřebou zasadit své zraňující zkušenosti do smysluplného kognitivně-emočního rámce. Potřeba porozumět lidské psychice je tedy brána jako chování způsobené rozvojem dispozice psychologického smýšlení a taktéž vede k zájmu o psychologickou literaturu, k volbě mentora nebo k zahájení sebezkušenosti (B. A. Farber et al., 2005).

Maslowova (1954) motivační teorie chápe potřebu poznávání jako růstovou potřebu, jejíž intenzita se při uspokojování nesnižuje, ale naopak zvyšuje. I tento předpoklad se v mém výzkumu odrazil, participanti udávali potřebu porozumění jako motiv, který přetrvává od rané adolescence až do současnosti. Zformovaný a přijatý explicitní cíl věnovat se psychoterapii měli většinou budoucí terapeuti ještě před zahájením studia psychologie na vysoké škole, v průměru ovšem až po dosažení věku 30 let. Cílového objektu, tedy vstupu do psychoterapeutické praxe, bylo u většiny dosaženo v mladší dospělosti, do 30 let. Délka

tohoto motivačního procesu byla z hlediska času oproti ostatním modelům v mém výzkumu suverénně nejdelší, v průměru trval u participantů 7,9 let. Ukazuje se, že šlo o velmi důležitý osobní cíl z hlediska motivační struktury (Stuchlíková & Man, 2009), který dokázal organizovat jednotlivé dílčí cíle potřebné k dosažení praktikování psychoterapie v praxi.

Kdybych bral v úvahu Klingerův koncept aktuálních zájmů (2013), je možné, že na základě implicitních motivů uzdravit svá vlastní zranění, je explicitně formován cíl věnovat se psychoterapii, a vzniká komplexní zájem o psychoterapii a psychologické otázky. Tento cíl je podmíněn jak extrinsickými (zisk titulu, jisté pracovní uplatnění), tak intrinsickými (zájem o psychoterapii, uspokojení plynoucí z procesu zabývání se lidskou psychikou) motivy. Budoucí psychoterapeuti pak prioritizují veškeré okolní podněty směřující k dosažení tohoto explicitního cíle (věnovat se psychoterapii), i přesto, že stojí na implicitním motivu (uzdravit svá vlastní zranění).

7.4 Motivace ke studiu psychologie

Motivační proces vedoucí k zahájení studia na vysoké škole byl podobný jako proces motivace k psychoterapii. Zranění v osobním životě a teoretické postuláty zprostředkované literaturou rozpochovaly jak altruistické, tak egoistické motivy. Tři budoucí terapeuti však vedla ke studiu ještě inspirace jinou vysokou školou, na které přišli do kontaktu s psychologickými tématy. Tato kategorie se v zahraničních studiích nevyskytuje, může se na ni nahlížet jako na kombinaci kategorií teoretické inspirace a vnější autority (B. A. Farber et al., 2005). Více jak polovina (54 %, n=7) participantů měla před zahájením studia psychologie již zformovaný a přijatý cíl věnovat se psychoterapii jako profesi. Egoistické motivy spojené s porozuměním lidské psychice druhých i své vlastní rovněž zaujímaly své místo v motivačním procesu. Před zahájením studia, které bylo jako cíl přijato nejčastěji v adolescenci, byly motivy spojené se zraněním stále neuvědomované. Uváděný jev je pozorován i v jiných výzkumech (Wolgien & Coady, 1997). Se studiem psychologie se pojila větší míra pragmatických motivů, kterou lze odůvodnit běžně sdílenými hodnotami soudobé společnosti získat vysokoškolské vzdělání. Realizace studia psychologie byla zahájena s menším časovým rozestupem od zformování tohoto cíle (průměrně 2 roky). Nejčastěji tento proces probíhal v období do věku 20 let. Šlo o druhý nejrychlejší průběh motivačního procesu v mém výzkumu.

7.5 Motivace k psychoterapeutickému výcviku

Při zformování motivačního cíle zahájit psychoterapeutický výcvik již oproti předchozím modelům dominoval motiv věnovat se psychoterapii v praxi (n=11), který jak již bylo popsáno, je založen převážně na zranění a dalších faktorech. Vysoká frekvence uvedeného motivu není nijak překvapivá, neboť psychoterapeutický výcvik v očích budoucích terapeutů představuje nutný dílčí cíl k efektivnímu naplnění hlavního osobního cíle praktikovat psychoterapii. Díky tomu došlo k nárůstu pragmatických motivů, které doplňovaly dřívější altruistické motivy spjaté s motivací k psychoterapii. Výběr konkrétního zaměření psychoterapeutického výcviku byl ovlivňován nejen seznámením s teoretickými koncepty jednotlivých psychoterapeutických směrů, ale ve značné míře i autoritou z okolí. V tomto modelu jsou tyto dvě kategorie nejvýraznější vzhledem k modelům ostatním. Opět je tento nárůst očekávatelný, budoucí psychoterapeuti jsou již rozhodnutí věnovat se psychoterapii, blíže však na základě osobnostních preferencí vybírají vhodnou cestu k dosažení tohoto cíle. Změna nastala i v egoistických potřebách porozumění a poznávání, kdy došlo k přesunu zájmu o obecné otázky lidské psychiky na vlastní sebepoznání.

Zde je zajímavé položit si otázku, co k této změně přispívá. S ohledem na teoretické koncepty motivace může jít o nevědomou snahu uspokojit potřebu vyléčení vlastního zranění, která během studia psychologie nemohla nabýt konkrétní formy, s výjimkou sebezkušenostních předmětů či individuální psychoterapie. Pomocí získávání hlavně teoretických znalostí o lidské psychice během studia může docházet k sycení potřeby porozumění druhým, ovšem potřeba vlastního porozumění nemusí být uspokojována. Skrytý egoistický implicitní motiv porozumět a pomoci sobě, možná maskovaný altruistickým explicitním cílem porozumět a pomoci druhým, není dostatečně uspokojován, a tak jedinec hledá prostředky k uspokojení této potřeby. Vstoupení do psychoterapeutického výcviku tedy může představovat vyústění takové potřeby. Tato myšlenka je kompatibilní s pojetím syndromu pomocníka, který předpokládá, že narcistně zranění jedinci nedokáží přijmout pomoc, s výjimkou zvyšování vlastního vzdělávání, a tudíž skrytého znovupotvrzení vlastní sebehodnoty (Schmidbauer, 2008). I v rámci mého výzkumu došlo k odhalení těchto motivů právě během psychoterapeutického výcviku. Zformovaná intence zahájit psychoterapeutický výcvik byla přijata většinou participantů do věku třiceti a ve stejném období proběhla i její realizace. Celkový motivační proces od zformování intence po dosažení cílového objektu pak proběhl nejrychleji ze zkoumaných modelů, v průměru trval 0,8 let.

7.6 Motivace k setrvání v psychoterapeutické praxi

Dříve přijatý cíl věnovat se psychoterapii jako povolání byl realizován vstupem do psychoterapeutické praxe. Motivy zde uváděné většinou odrážely výsledky psychoterapie s klienty. Šlo o motivy především egoistické povahy, na úkor altruistického charakteru motivů, který jako motiv věnovat se psychoterapii v praxi převažoval před jejím zahájením. Altruistické motivy byly vyjadřovány v pocitech uspokojení z pozitivního růstu klientů, který se uskutečňoval za pomoci terapeutů. Zde narážíme na teoretické limity pojmu altruismus. Jedná se stále o nezištné pomáhání druhým, když v něm nacházím uspokojení především z vlastní práce, která případnému zlepšení stavu napomohla?

Změna z předchozího vyššího počtu altruistických motivů na převažující počet egoistických motivů po zahájení psychoterapeutické praxe dává prostor širší diskuzi. Může poukazovat na správnost McClellandova (1989) pojetí námi formulovaných explicitních cílů, jako pouhého odrazu vlastního sebepojetí a sebehodnoty, spíše nežli popisu reálných motivů.

Pokud použiji psychoanalytický pohled, nabízí se myšlenka kombinace nevědomých obranných mechanismů racionalizace a sublimace, kdy iracionální nevědomý strach spojený s odsouzením z okolí, pokud by odhalilo jedincovy pravé motivy (vyléčit si svá vlastní narcistní zranění), vede díky cenzuře Ega k formulování explicitního cíle, který je přijatelný jak pro jedincovo sebepojetí, tak pro okolí. Analytická psychologie nabízí interpretaci pomocí kompenzatorní identifikace s personou, která se snaží vyvážit stínový komplex méněcennosti. V obou případech potřeba sociální žádoucnosti opadá v okamžiku, kdy je cíle dosaženo, tudíž se jedinec na nevědomé úrovni necítí být ohrožen možností, že by cíle věnovat se psychoterapii, a tím zástupného uzdravení svých vlastních zranění, nedosáhl. Tato skutečnost může vést k udávání méně žádoucích egoistických motivů v psychoterapeutické praxi, které již nejsou vnímány jako ohrožující pro sebepojetí (Freud, 1997; Jung, 1997; Schmidbauer, 2008).

Egoistické motivy zahrnovaly potřeby poznávání uspokojované skrze poznávání rozmanitosti klientů, ale i skrze vlastní sebepoznání z psychoterapeutického procesu pramenící. Motivaci spatřovala jedna participantka i ve značné autonomii vyplývající z psychoterapeutické profese, možnosti volby pracovní doby či vlastní klientely. Ze všeho nejvíce však psychoterapeuty motivoval pocit smysluplnosti a poslání, což je vysoce iracionální motiv, podobající se nevědomému volání vedoucímu k zájmu o psychoterapii,

který psychoterapeuty k této profesi přivedl v první řadě. Nabízí se přirovnání k Heckhausenově (2012) modelu motivačního procesu, především k motivačním fázím, které jsou řízeny implicitními motivy. Implicitní motiv vyléčit své zranění vede k formování explicitního osobního cíle věnovat se psychoterapii. Tento cíl je přijat a skrze řadu dílčích cílů, jako je studium psychologie či absolvování psychoterapeutického výcviku, směřuje pomocí volní regulace jednání ke své realizaci vstupem do psychoterapeutické praxe. Poté nastává opět nevědomé retrospektivní hodnocení míry dosažení uspokojení skrze cílový objekt. Jestliže potřeby vyléčit svá vlastní zranění nejsou uspokojeny, jsou formulovány a přijaty nové explicitní cíle sebepoznání a dosahování smysluplnosti. Ty však mají stále stejný hluboký implicitní základ v potřebě porozumění a vyléčení vlastní zraněnosti.

Pokud bych měl porovnat tyto výsledky s obdobnými výzkumy, téměř ve všech kategoriích se shodují. Od formy altruistických motivů jako uspokojení vlastního přičinění, přes potřeby sebepoznání, po svobodu povolání psychoterapeuta. Jediným rozdílem se zdá být počet altruistických motivů, který byl převyšeno egoistickými motivy sledující vlastní růstové potřeby smysluplnosti a vnímáním psychoterapeutické praxe jako poslání. Příčina těchto odlišných výsledků může být různá. Lze ji přisoudit metodologickým chybám či rozdílnosti pojetí jednotlivých kategorií mezi výzkumy. Nabízí se však i možnost interpretace vzhledem k rostoucí destigmatizaci zranění v rámci pomáhajících profesí i v širší společnosti, díky osvětě, která během 13 let od provedení posledních výzkumů aktuální motivace psychoterapeutů mohla nastat (B. A. Farber et al., 2005; Henry et al., 1973; Jennings & Skovholt, 1999; Stevanovic & Rupert, 2004).

7.7 Limity výzkumu

Teoretická část může být zatížena subjektivním zkreslením tendenčního výběru témat ze strany výzkumníka. Ačkoliv jsem se snažil selektovat témata související s výzkumným záměrem, jedná se o natolik komplexní problematiku, že není možné ji detailně probrat v daném rozsahu, muselo tedy dojít ke značné redukci. Tento možný nedostatek jsem se však snažil vyřešit odkazováním na externí zdroje, které vybrané koncepty dále do hloubky rozebírají. Rozsah teoretické části se může zdát příliš široký, bylo však nutné uvést nezbytné teoretické souvislosti pro správné zasazení výzkumné části do kontextu.

Možné nedostatky výzkumné části zahrnují více oblastí. Již zúžením výzkumné populace mohlo dojít ke zkreslení reprezentativnosti na základě mnou zvolených kritérií. Například zařazením terapeutů, kteří nemají zahájený psychoterapeutický výcvik se sebezkušenostní části bych se zajisté obohatil o cenné informace. Je možné, že terapeuti bez sebezkušenosti se více či méně vědomě vyhýbají vlastnímu sebepoznání, které může obsahovat bolestná zranění. Jejich implicitní motivy pak mohou zůstat neprobádané a hrozí větší nebezpečí poškození klienta. Lze očekávat, že odstraněním tohoto výběrového kritéria by explicitně udávaná zraněnost vedoucí k volbě povolání byla nižší.

Limitem mohlo být zvolení nepravděpodobnostní metody prostého záměrného výběru výzkumného souboru, založeného na dobrovolné účasti participantů. Na základě mnou poskytnutých informací o archetypálním obrazu zraněného léčitele a výzkumném záměru v žádosti o účast zaslané participantům, se mohli s větší frekvencí hlásit ti participanté, kteří měli svá zranění zvědoměná, zpracovaná a byly součástí jejich sebepojetí, něčím, co není třeba skrývat. Účastí se mohli nevědomě snažit potvrdit si svůj vlastní postoj a posléze i sebepojetí o tom, že jejich jednání s ohledem na zraněnost je správné. Naopak se nemuseli hlásit ti, kteří sice zranění jsou, ale bojí se vystoupit kvůli strachu z možné stigmatizace.

Zcela jistě by výzkumu prospělo rozšíření výběrového souboru a co největší míra reprezentativnosti, zahrnutím většího množství psychoterapeutických směrů nebo více geografických oblastí působení psychoterapeutů.

Za největší objektivní limit výzkumu pokládám možné subjektivní zkreslení výzkumníkem na všech úrovních výzkumu, od tvorby výzkumného záměru, přes teoretické zpracování po volbu výzkumných metod a jejich realizaci. Zvláště náchylná na tuto chybu mohla být metoda pozorování. Možné chyby mohly pramenit z mé nezkušenosti

s výzkumným procesem. Fakt, že jsem sám studentem psychologie se záměrem stát se psychoterapeutem a koncept zraněného léčitele vystihuje i mou motivaci tohoto jednání takovému riziku nahrával. I přesto jsem se snažil zachovat co nejvyšší míru objektivního odstupu a neunáhlovat se k vyvozování zbrklých závěrů. Odstranění tohoto nedostatku lze dosáhnout zapojením více výzkumníků a triangulací. Jistá míra subjektivního zkreslení je však součástí každého výzkumu.

Lze konstatovat, že výzkum motivace je vždy metodologický problém. Jako nejvhodnější by se jevil smíšený design na širokém reprezentativním vzorku s použitím hloubkových rozhovorů a uplatněním projektivních psychodiagnostických metod, včetně pozorování, doplněný o paletu osobnostních dotazníků, jenž by byly administrovány až po navázání důvěrného výzkumného vztahu. Takový výzkum by kladl velmi vysoké nároky i na zkušenosti výzkumníka, vhodné by bylo, kdyby byl sám zkušeným diagnostikem a terapeutem. I tak však mohou zůstat právě implicitní motivy skryty, jak výzkumníkům, tak samotným zkoumaným osobám.

7.8 Možné budoucí zaměření výzkumů

Koncept archetypu zraněného léčitele je v zahraniční literatuře již vcelku rozpracovaným tématem, který se v posledních letech těší stále větší popularitě, o čemž svědčí vzrůstající počet výzkumných prací s tímto tématem souvisejících. Vzhledem k absenci výzkumu na toto téma v České republice se jako vhodné návrhy pro budoucí výzkum hodí větší množství témat s archetypem zraněného léčitele spojených, které jsme v této práci zmínili.

Možný výzkum by se mohl zaměřit na bližší zkoumání motivace studentů pomáhajících profesí vzhledem ke konceptu archetypu zraněného léčitele v českém prostředí. Zkoumaný soubor studentů by se mohl zúžit pouze na studenty psychologie a porovnat jimi udávané motivy s již praktikujícími psychoterapeuty. Přínosný by zajisté byl i longitudinální výzkum, který by jejich motivaci dlouhodobě zkoumal v různých intervalech, například před zahájením studia, během studia, před zahájením psychoterapeutického výcviku, po jeho ukončení, při vstupu do psychoterapeutické praxe a s odstupem například pěti let. Výzkumník by rovněž mohl zvolit replikaci studií na toto téma provedených v zahraničí a následně porovnat výsledky. Možné výzkumné otázky by se pak zaměřovaly na vliv

demografických a sociokulturních faktorů na motivaci studentů psychologie s ohledem na koncept archetypu zraněného léčitele.

Druhým okruhem výzkumů by mohla být konstelace archetypálního obrazu zraněného léčitele v psychoterapeutickém procesu. Jako vhodné zaměření se nabízí problematika sebeodhalení terapeutovy zraněnosti vůči klientům. Zajímavé by bylo porovnat rozdílné reakce klientů na protipřenosově laděná sdělení a sdělení ohledně vlastní zraněnosti terapeuta. Do této oblasti by spadalo i prozkoumání reakcí psychoterapeutických autorit na odhalení zraněnosti, a to buď jejich svěřenců v supervizi, nebo potenciálních či již přijatých žadatelů o psychoterapeutický výcvik. Podnětným se jeví i výzkum míry stigmatizace psychologů vzhledem ke specifickým zraněním v české populaci. Mohl by se zkoumat přístup celé populace, zredukovat vzorek pouze na pohled kolegů v profesi, nebo se zaměřit na pohled psychoterapeutických autorit. Rovněž by se mohl zkoumat vliv sociokulturního prostředí na míru ochoty a otevřenosti odhalovat tyto zranění za doby komunistického režimu, raných let po jeho svržení a tyto data srovnat s obdobím současným.

8 Závěry

V této magisterské diplomové práci jsem se zabýval vývojem motivace psychoterapeutů vzhledem ke konceptu Jungovy analytické psychologie, archetypálnímu obrazu zraněného léčitele. Výsledky výzkumu nelze díky jeho kvalitativní povaze generalizovat, nabízí však detailní vhled do této stále neprozkoumané problematiky a prohlubuje poznatky získané především v zahraničních studiích. V České republice se jedná o zcela originální pojetí výzkumu zaměřující se na procesuální stránku motivace k volbě psychoterapie jako profese, ke studiu psychologie na vysoké škole, k zahájení psychoterapeutického výcviku a konečně, k setrvání v psychoterapeutické praxi. U těchto procesů je důraz kladen na případný výskyt zranění a jeho uvědomění. Výsledky výzkumné části odpovídají šesti dílčím výzkumným otázkám popisující výše uvedené oblasti.

1. Všichni terapeuti zažili nějaká významná zranění ve svém životě, u 77 % (n=10) z nich hrála důležitou roli při volbě povolání či v psychoterapeutické praxi. Zranění jsou nejčastěji psychické povahy, způsobená v oblastech mezilidských vztahů, především v rodině. Ke zraněním docházelo převážně v dětství, byla spojena se špatnými formami výchovy a projevovala se různými narcistickými potřebami sytící vlastní sníženou sebehodnotu. Zranění nebyla vnímána negativně, ale jako prostředek k lepšímu porozumění bolesti druhých lidí.
2. Uvědomění zranění a s ním souvisejících implicitních motivů se lišilo dle povahy jednotlivých zranění. Zranění z partnerských vztahů byla uvědomována ihned, zatímco narcistní zranění z dětství byla uvědomována zpětně, s velikým odstupem, nejčastěji až po dosažení věku třiceti let. K těmto uvědoměním docházelo většinou samovolným náhledem souhrou různých individuálních událostí, někdy však i díky konkrétní události, účasti v psychoterapeutickém výcviku.
3. Nejdůležitějším faktorem motivace k věnování se psychoterapii jako profesi bylo zranění následované inspirací teoretickými myšlenkami, se kterými se budoucí terapeuti seznámili skrze literaturu. Nejčastěji udávaný altruistický motiv pomáhat druhým byl na základě zpětného uvědomění mnohdy zrevidován jako motiv narcistický. Roli hrálo většinou více egoistických motivů, především motivy související s porozuměním lidské psychice, sytící potřeby poznávání.

4. U více jak poloviny (54 %, n=7) participantů předcházelo studiu psychologie rozhodnutí věnovat se psychoterapii v praxi a s ním spojené motivy. Participanti se ke studiu psychologie inspirovali opět zraněním a teoretickými postuláty skrze četbu. Stejně tak hráli roli motivy poznání lidské psychiky související s uspokojením potřeby poznání. Narcistické motivy nebyly v období adolescence uvědomovány, tím pádem převažovaly explicitně udávané altruistické motivy pomáhat druhým.
5. Zájem věnovat se psychoterapii jako profesi a motivy s ním spojené předcházely zahájení psychoterapeutického výcviku u většiny (85 %, n=11) participantů. Participanti byli opět nejčastěji vedeni zraněním. Konkrétní zaměření výcviku podléhalo často inspiraci vnější autoritou a teoretickými postuláty preferovaného psychoterapeutického směru. Psychoterapeutický výcvik byl vnímán jako pragmatická nutnost pro věnování se psychoterapii v praxi. Potřeby porozumění lidské psychice se zaměřovaly spíše nežli na druhé lidi na vlastní sebepoznání.
6. Motivы vedoucí k setrvání v psychoterapeutické praxi odrážejí výsledky psychoterapie s klienty. Byly především egoistické povahy, na úkor altruistického charakteru motivů. Altruistické motivy byly vyjadřovány v pocitech uspokojení z pozitivních změn u klientů, které se uskutečňovaly za pomoci terapeutů. Egoistické motivy sebepoznání a porozumění lidské psychice odrážely potřeby poznávání, stejně tak jako nejčastěji udávané motivy spojené se smysluplností a vnímáním své profese jako poslání.

Výzkum přinesl s drobnými rozdíly podobné výsledky jako řada zahraničních studií a shodoval se i s postuláty významných teoretiků. Řadí se tak mezi studie poukazující na možné souvislosti motivace ke vstupu do psychoterapeutické profese s nevědomým pokusem vlastní psychiky vyléčit svá předchozí zranění.

Souhrn

V magisterské diplomové práci se zabývám konceptem Jungovy analytické psychologie, archetypálním obrazem zraněného léčitele. Impulsem k volbě tématu byla má předchozí teoretická bakalářská práce *Archetyp zraněného léčitele* (2015), která poukázala na důležitost zkoumání této problematiky a zároveň na absenci výzkumů v České republice. Projevy tohoto konstruktů jsem zkoumal na vývoji motivace u praktikujících psychologů. Zaměřil jsem se na procesualní stránky motivace k volbě psychoterapie jako profese, ke studiu psychologie na vysoké škole, k zahájení psychoterapeutického výcviku a v poslední řadě k setrvání v psychoterapeutické praxi.

Archetypální obraz zraněného léčitele se projevuje pokaždé, když dojde k nějakému zranění a motivuje jedince k potřebě tyto zranění vyléčit. Projevy zraněného léčitele se mimo motivační procesy odehrávají především v léčebných procesech a předpokládají, že bolest pramenící z vlastní zraněnosti a následný proces růstu, který může nastat, pokud člověk dokáže tato zranění správně integrovat, hraje kritickou roli ve formování všech dalších léčebných vztahů, jenž daný jedinec naváže.

První kapitola této práce se zabývá uvedením čtenáře do základních témat analytické psychologie, důraz je kladen především na Jungovo pojetí struktury a dynamiky psychiky. Větší prostor věnuji popisu archetypů. V druhé kapitole se zaměřuji již na koncept archetypálního obrazu zraněného léčitele. Předkládám přehled historického vývoje tohoto pojmu a zmiňuji další výzkumné oblasti. Poté se přesouvám k pojmům přenosu a protipřenosu. Nejširší prostor zaujímá deskripce obrazu zraněného léčitele v léčebném procesu. Popisuji nežádoucí štěpení polarit archetypu způsobené vzájemnými projekcemi terapeuta a klienta. Jedna z možností odstranění projekcí spočívá v metodě dialektického přístupu v terapii. V závěru druhé kapitoly se zabírám procesem hojení zraněnosti, s přihlédnutím na koncept stínu. Třetí a nejobsáhlejší kapitola se zabývá motivací. Zpočátku popisuji obecnou terminologii motivace nutnou pro pochopení kontextu. Pokračuji deskripcí dvou vybraných dělení motivace. Čtenáři zhruba přibližují tři motivační teorie, Maslowovu hierarchii potřeb, Murrayho komplexní motivační teorii a její rozšíření McClellandem o pojetí triády implicitních motivů, tudíž motivů moci, výkonu a afiliace. Následně se přesouvám k motivačnímu procesu, který představuji pomocí Heckhausenova modelu Rubikon a Klingerova konceptu aktuálních zájmů.

Poslední podkapitola teoretické části se věnuje motivaci u pomáhajících profesí. Nejprve se zaměřuji na prosociální chování a altruismus. Docházím k závěru nejasnosti definic těchto pojmů a konstatování, že nezištný altruismus v čisté formě není možný. Dále prozkoumávám koncept narcismu, který popisují z hlediska psychoanalytických teorií objektivních vztahů. Narcistické motivy blíže rozpracovávám v pojetí Schmidbauerova syndromu pomocníka, tedy specifické narcistické struktury osobnosti, kterou pracovník pomáhajících profesí nevědomě kompenzuje rané narcistické zranění. Stínové stránky pomáhajících profesí čtenáři přibližuji i pohledem analytické psychologie, teoriemi Guggenbühl-Craiga. Poslední podkapitola se zužuje již na motivaci psychoterapeutů, kterou zasazují do kontextu proběhlých výzkumů. Jeden z pohledů na motivaci zastává dispoziční hledisko specifických, částečně vrozených schopností psychologického smýšlení. Druhý pohled hledá společné prvky v životě psychoterapeutů, které přispívají k motivačnímu procesu. Ve výzkumech se nejvíce objevuje výskyt nějakého zranění, převážně narcistického charakteru s původem v raném dětství.

Výzkumný soubor získaný prostým záměrným výběrem tvořilo 13 praktikujících psychoterapeutů mezi 31 a 55 lety, 3 muži a 10 žen. Minimální délka praxe začínala na 3 a končila na 31 letech, s průměrem 12 let. Terapeuti navštěvovali rozdílné psychoterapeutické výcviky se sebezkušenostní částí, jež byla kritériem pro zařazení do souboru. V souboru byli 4 atestovaní kliničtí psychologové a 1 v předatestační přípravě. Výzkum byl proveden kvalitativním přístupem, který umožnil hloubkovou analýzu motivačních procesů participantů. Data byla získávána metodou polostrukturovaného interview a pozorováním. Celý výzkumný proces byl prováděn metodou zakotvené teorie. Výsledky jsem předkládal ve dvou výzkumných okruzích zahrnující šest dílčích výzkumných otázek, pro které bylo vytvořeno pět samostatných paradigmatických modelů.

Všichni terapeuti zažili zranění, která výrazně ovlivnila jejich život, u 77 % (n=10) z nich tato zranění hrála roli při volbě či výkonu profese psychoterapeuta. Zranění, nejčastěji utržená v dětství, byla psychické povahy s původem v mezilidských vztazích, hlavně v rodině. Časté byly i zranění z partnerských vztahů, například rozchody. Příčinou byly většinou špatné formy výchovy, které způsobily narcistické zranění a z něj vycházející potřebu uspokojovat vlastní sníženou sebehodnotu. Zranění nebyla vnímána negativně, avšak jako prostředek k lepšímu porozumění bolesti druhých. K uvědomění narcistní zraněnosti a s ní spjaté motivace docházelo s dlouhým odstupem, většinou po dovršení 30 let, a to nejčastěji samovolným náhledem nebo během psychoterapeutického výcviku.

Největší roli v motivaci věnovat se psychoterapii jako profesi hrálo opět zranění následované inspirací teoretickými myšlenkami získanými z literatury. Většina participantů udávala altruistický motiv pomáhat druhým, který byl často díky zpětnému uvědomění zrevidován jako motiv narcistický. Vyskytovaly se i motivy související s porozuměním lidské psychice, sytící potřebu poznávání. Studiu psychologie již většinou předcházela zájem věnovat se psychoterapii. Participantů byli ke studiu inspirováni zraněním a teoretickými postuláty získanými z četby. I zde se ve větší míře vyskytovaly motivy poznání lidské psychiky. Narcistické motivy nebyly v adolescenci uvědomovány, tím pádem dominovaly explicitně udávané altruistické motivy pomáhat druhým. Cíl věnovat se psychoterapii předcházela zahájení psychoterapeutického výcviku u většiny participantů. Ti byli opět nejčastěji motivováni zraněním. Konkrétní zaměření výcviku se odvíjelo od inspirace teorií preferovaného terapeutického směru a okolními autoritami. Participantů vnímali výcvik jako pragmatickou nutnost pro praktikování psychoterapie. Motivů porozumění lidské psychice se oproti předchozímu zaměření na druhé lidi obrátily na vlastní sebepoznání. Motivů vedoucí k setrvání v psychoterapeutické praxi reflektovaly výsledky psychoterapie s klienty. V tomto motivačním procesu převládaly egoistické motivy, na úkor motivů altruistických. Altruistické motivy představovaly pocit uspokojení z pozitivních změn u klientů, které sami terapeuti zapříčinili. Motivem praktikovat psychoterapii bylo i sebepoznání a porozumění lidské psychice. Nejčastěji byly udávané iracionální motivy spojené se smysluplností a vnímáním své profese jako poslání.

Výzkum přinesl podobné výsledky jako zahraniční studie. Řadí se tak mezi výzkumy poukazující na možné souvislosti motivace ke vstupu do psychoterapeutické profese s nevědomým záměrem vyléčit svá předchozí zranění.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Adame, A. L. (2011). Negotiating Discourses: The Dialectical Identities of Survivor-Therapists. *The Humanistic Psychologist*, 39(4), 324-337. doi: 10.1080/08873267.2011.618038
- Adame, A. L., & Leitner, L. (2008). Breaking out of the mainstream: The evolution of peer support alternatives to the mental health system. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 10(3), 146-162.
- Allain-Chapman, J. (2013). *Resilient Pastors: The role of adversity in healing and growth: SPCK*.
- Amundson, J. K., & Ross, M. W. (2016). The Wounded Healer: From the Other Side of the Couch. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 59(1), 114-121. doi: 10.1080/00029157.2016.1163657
- Arnaud, K. O. S. (2017). Encountering the wounded healer: Parallel process and supervision. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 51(2), 131-144.
- Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological review*, 64(6p1), 359.
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological bulletin*, 120(3), 338.
- Baehr, A. (2005). *Wounded healers and relational experts: A grounded theory of experienced psychotherapists' management and use of countertransference*. (Disertační práce), The Pennsylvania State University.
- Bager-Charleson, S. (2010). *Why Therapists Choose to Become Therapists: A Practice-Based Enquiry*: Karnac Books.
- Barker, P., Manos, E., Novak, V., & Reynolds, B. (1998). The wounded healer and the myth of mental well-being: Ethical issues concerning the mental health status of psychiatric nurses. *Psychiatric Nursing: Ethical Strife*, 334-348.
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 13(3), 257-274. doi: 10.1080/14753630701455796
- Barr, A. (2006). *An investigation into the extent to which psychological wounds inspire counsellors and psychotherapists to become wounded healers, the significance of these wounds on their career choice, the causes of these wounds and the overall significance of demographic factors*. (Magisterská diplomová práce), University of Strathclyde.
- Batson, C. D. (1995). Prosocial motivation: Why do we help others. *Advanced social psychology*, 333-381.
- Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical psychology*, 61(6), 739-750. doi: doi:10.1002/jclp.20095
- Benziman, G., Kannai, R., & Ahmad, A. (2012). The Wounded Healer as Cultural Archetype. *CLCWeb: Comparative Literature and Culture*, 14(1). doi: 10.7771/1481-4374.1927
- Beranová, L. (2010). *Osobnostní předpoklady a motivace pro výkon pomáhajících profesí*. (Bakalářská diplomová práce), Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bloomgarden, A., & Mennuti, R. B. (2010). *Psychotherapist Revealed: Therapists Speak About Self-Disclosure in Psychotherapy*: Taylor & Francis.

- Bracey, A. (2002). Finding the Patient within: Managing the Transitions from Student Nurse, to Patient, to Nurse Therapist. *Group Analysis*, 35(1), 135-151. doi: 10.1177/053331602400933981
- Bradley, N. (2009). Wounded healers. *The British journal of general practice*, 59(568), 803-804. doi: 10.3399/bjgp09X472836
- Brady, C., Bambury, R. M., & O'Reilly, S. (2015). Empathy and the wounded healer: a mixed-method study of patients and doctors views on empathy. *Ir Med J*, 108(4), 125-126.
- Bucci, W. (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 33(3), 571-607.
- Bugental, J. F. (1964). The person who is the psychotherapist. *Journal of Consulting Psychology*, 28(3), 272.
- Buchtová, M. (2011). *Utváření motivace pomáhajících pracovníků na základě analýzy vnímání pomáhající role*. (Bakalářská diplomová práce), Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.
- Burda, J. M. (2015). *Wounded healers in practice: A phenomenological study of jungian analysts' countertransference experiences*. (Dizertační práce). Antioch University.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with personal histories of psychiatric hospitalization: Countertransference in wounded healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 22-28. doi: 10.1037/h0095127
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101. doi: 10.1300/J497v75n02_06
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2012). *Perspectives on Personality*: Pearson.
- Clarke, D., & Singh, R. (2004). Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *N Z Med J*, 117(1204), U1121.
- Cohen, D., Winstanley, S. J., & Greene, G. (2016). Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. *Occupational Medicine*, 66(5), 383-389. doi: 10.1093/occmed/kqw024
- Comas-Díaz, L. (2005). Becoming a multicultural psychotherapist: The confluence of culture, ethnicity, and gender. *Journal of Clinical psychology*, 61(8), 973-981. doi: 10.1002/jclp.20170
- Conchar, C., & Repper, J. (2014). "Walking wounded or wounded healer?" Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. *Mental Health and Social Inclusion*, 18(1), 35-44. doi: 10.1108/MHSI-02-2014-0003
- Conti-O'Hare, M. (1998). Examining the wounded healer archetype: A case study in expert addictions nursing practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(3), 71-76. doi: 10.1016/S1078-3903(98)90009-X
- Conti-O'Hare, M. (2002). *The Nurse as Wounded Healer: From Trauma to Transcendence*: Jones and Bartlett.
- Corso, V. M. (2012). Oncology nurse as wounded healer: Developing a compassion identity. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(5), 448-450.
- Cushway, D. (1995). Tolerance begins at home: Implications for counsellor training. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18(3), 189-197. doi: 10.1007/BF01407962
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull*, 32(3), 443-450. doi: 10.1093/schbul/sbj043
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18(1), 105.

- Deckers, L. (2015). *Motivation: Biological, psychological, and environmental*: Psychology Press.
- Derlaga, V. J., & Berg, J. H. (1987). *Self-Disclosure: Theory, Research, and Therapy*: Springer US.
- Doležalová, R. (2017). *Motivace sester ke studiu na vysoké škole v kombinované formě*. (Magisterská diplomová práce), Masarykova Univerzita v Brně.
- Downing, C. (1990). Only the wounded healer heals: The Testimony of Greek Mythology. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 73(4), 551-573.
- Dudíková, I. (2012). *Motivace ke studiu speciální pedagogiky z pohledu studentů třetího ročníku*. (Bakalářská diplomová práce), Masarykova Univerzita v Brně.
- Duchoňová, K. (2016). *Motivace studujících pro práci v sociální sféře*. (Bakalářská diplomová práce), Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
- Dunning, T. (2006). Caring for the wounded healer - nurturing the self. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 10(4), 251-260.
- Dweck, C. S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 674.
- Edinger, E. (1997). The vocation of depth psychotherapy. *Psychological perspectives*, 35(1), 8-22.
- Einat, T. (2017). The wounded healer: self-rehabilitation of prisoners through providing care and support to physically and mentally challenged inmates. *Journal of Crime & Justice*, 40(2), 204-221. doi: 10.1080/0735648X.2015.1095647
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 83-90. doi: 10.1037/0735-7028.24.1.83
- Emerson, S., & Markos, P. A. (1996). Signs and Symptoms of the Impaired Counselor. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 34(3), 108-117. doi: 10.1002/j.2164-4683.1996.tb00335.x
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist*, 49(8), 709.
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 170.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 35-44.
- Farber, B. A. (2006). *Self-disclosure in Psychotherapy*: Guilford Publications.
- Farber, B. A., Manevich, I., Metzger, J., & Saypol, E. (2005). Choosing psychotherapy as a career: why did we cross that road? *J Clin Psychol*, 61(8), 1009-1031. doi: 10.1002/jclp.20174
- Farber, S. K. (2017). *Celebrating the Wounded Healer Psychotherapist: Pain, Post-traumatic Growth and Self-disclosure*: Routledge.
- Fisher, D. B. (1994). A new vision of healing as constructed by people with psychiatric disabilities working as mental health providers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 67-81. doi: 10.1037/h0095574
- Ford, E. (1963). Being and becoming a psychotherapist: the search for identity. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 472.
- Fox, S. G., Strum, C. A., & Walters, H. A. (1984). Perceptions of therapist disclosure of previous experience as a client. *Journal of Clinical psychology*, 40(2), 496-498. doi: 10.1002/1097-4679(198403)40:2<496::AID-JCLP2270400218>3.0.CO;2-9

- Frese, F. J., & Davis, W. W. (1997). The consumer–survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), 243-245. doi: 10.1037/0735-7028.28.3.243
- Freud, S. (1913). K zavedení narcismu. *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1913–1917*, 127-151.
- Freud, S. (1997). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda: Spisy z let 1909 - 1913*. Psychoanalytické Nakladatelství Kocourek.
- Fussell, F. W., & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 505.
- Gair, S. (2012). Feeling Their Stories: Contemplating Empathy, Insider/Outsider Positionings, and Enriching Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 22(1), 134-143. doi: 10.1177/1049732311420580
- Garrison, M. A. (2014). *The wounded healer: The chaplain's journey of transcendence and transformation through self-awareness*. (Dizertační práce). United Theological Seminary.
- Geller, J. D. (2003). Self-disclosure in psychoanalytic–existential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 541-554. doi: 10.1002/jclp.10158
- Gerlach, J. (2015). Scars on Healing Hands: The Role of Lived Experience in Social Work. *The New Social Worker*. Získáno z <http://www.socialworker.com/feature-articles/practice/scars-on-healing-hands-the-role-of-lived-experience-in-social-work/>
- Gilbert, P., & Stickley, T. (2012). "Wounded Healers": the role of lived-experience in mental health education and practice. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice*, 7(1), 33-41. doi: 10.1108/17556221211230570
- Golberg, C. (1986). *On being a psychotherapist: The journey of the healer*. New York: Gardner.
- Graves, L. (2008). Teaching the wounded healer. *Medical Teacher*, 30(2), 217-219. doi: 10.1080/01421590801948034
- Grefenson, A. M. (2013). *Embracing the wounded healer—Therapist transformations following a diagnosis of breast cancer*. (Dizertační práce). California Institute of Integral studies.
- Groesbeck, C. J. (1975). The Archetypal Image of the Wounded Healer. *Journal of Analytical Psychology*, 20(2), 122-145
- Guggenbühl-Craig, A. (1968). The psychotherapist's shadow. Ed.) *JB Wheelwright, The Reality of the Psyche*. New York. Putnams.
- Guggenbühl-Craig, A. (2007). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*: Portál.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist* (Vol. 126). New York: Wiley-Interscience.
- Hadjiosif, M. (2015). Professional and ethical practice during training: The 'wounded healer'. In R. Tribe, J. Morrissey, R. Tribe & J. Morrissey (Eds.), *Handbook of professional and ethical practice for psychologists, counsellors and psychotherapists*, 2nd ed. (pp. 310-321). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Halifax, J. (1982). *Shaman, the wounded healer*: Crossroad.
- Hall, J. (1996). Challenges to caring: nurses as wounded healers *Australian Journal of Holistic Nursing*, 3(2).
- Hall, J. (1997). Nursing stress: applying the wisdom of the wounded-healer. *Lamp*, 54(8), 24-25.

- Hankir, A., Zaman, R., & Evans-Lacko, S. (2014). The Wounded Healer: an effective anti-stigma intervention targeted at the medical profession? *Psychiatria Danubina*, 26 Suppl 1, 89-96.
- Hankir, A., Zaman, R., Geers, B., Rosie, G., Breslin, G., Barr, L., . . . Anderson, S. (2017). The Wounded Healer film: A London College of Communication event to challenge mental health stigma through the power of motion picture. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 307-312.
- Hardiman, P., & Simmonds, J. G. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(10), 1044-1055. doi: 10.1080/13674676.2012.732560
- Hartley, L. (2008). *Contemporary Body Psychotherapy: The Chiron Approach*: Taylor & Francis.
- Hayes, J. A. (2002). Playing with fire: Countertransference and clinical epistemology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 93-100.
- Heckhausen, H. (2012). *Motivation and Action*. Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Heckhausen, H., & Rheinberg, F. (1980). Lernmotivation im Unterricht, erneut betrachtet. *Unterrichtswissenschaft*, 8(1), 7-47.
- Heidemann, G., Cederbaum, J. A., Martinez, S., & LeBel, T. P. (2016). Wounded healers: How formerly incarcerated women help themselves by helping others. *Punishment & Society*, 18(1), 3-26. doi: 10.1177/1462474515623101
- Henry, W. E., Sims, J. H., & Spray, S. L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2002). Self-disclosure. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 367-393. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245
- Holmes, C. A. (1991). The wounded healer. *Society for Psychoanalytic Psychotherapy Bulletin*, 6(4), 33-36.
- Holt, R. R., & Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists: A study of methods for selecting residents* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Christie, W., & Jones, S. (2014). Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(4), 1-1. doi: 10.3912/OJIN.Vol19No01PPT01
- Jackson, S. W. (2001). Presidential Address: The Wounded Healer. *Bulletin of the History of Medicine*, 75(1), 1-36.
- Jacobi, J. S. (2013). *Psychologie C.G. Junga*. Praha: Portál.
- Jamison, K. R. (2014). *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*: Pan Macmillan.
- Jansen, S., & Burton, M. (2011). Recognising and Supporting Wounded Would-be Healers in Higher Education: A literature review. Retrieved from University of Worcester website: <http://goo.gl/Si1BIF>
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of counseling psychology*, 46(1), 3.
- JEP, P. s. Č. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén.
- Jones, T., Sells, J. N., & Rehfuss, M. (2009). How Wounded the Healers? The Prevalence of Relapse Among Addiction Counselors in Recovery from Alcohol and Other Drugs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(4), 389-408. doi: 10.1080/07347320903209863

- Jung, C. G. (1966). *Collected Works of C.G. Jung, Volume 16: Practice of Psychotherapy* (G. Adler & R. F. C. Hull Eds.). New York: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1969). *Collected Works of C. G. Jung, Volume 9 (Part 2): Aion: Researches into the Phenomenology of the Self* (G. Adler & R. F. C. Hull Eds.). New York: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1971). *Collected Works of C.G. Jung, Volume 6: Psychological Types* (G. Adler & R. F. C. Hull Eds.). New York: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1990). *Collected Works of C.G. Jung, Volume 9 (Part 1): Archetypes and the Collective Unconscious* (G. Adler & R. F. C. Hull Eds.). New York: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1995). *Člověk a duše*: Academia.
- Jung, C. G. (1996). *Sto dopisů: (Výbor z korespondence)*. Praha: Sagittarius.
- Jung, C. G. (1997). *Výbor z díla II. Archetypy a nevědomí*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2000a). *Výbor z díla I. Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2000b). *Výbor z díla III. Psychologie a přenos*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2000c). *Výbor z díla VI. představy spásy v alchymii*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2000d). *Výbor z díla VII. Symbol a libido*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2001). *Výbor z díla IV. Obraz člověka a obraz Boha*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2009). *Výbor z díla VIII. Hrdina a archetyp matky*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2012). *Výbor z díla IX. Člověk a kultura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- Jung, C. G. (2015). *Letters of C. G. Jung: Volume I, 1906-1950* (G. Adler & A. Jaffé Eds.): Taylor & Francis.
- Jung, C. G., & Jaffé, A. (2015). *Vzpomínky, sny, myšlenky C.G. Junga*. Praha: Portál.
- Kearney, M. (1996). *Mortally Wounded: Stories of Soul Pain, Death, and Healing*: Scribner.
- Kernberg, & Caligor. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Clarkin & Lenzenweger (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders* (2nd ed.). NY: Guilford.
- Kirkmayer, L. (2003). Asklepiian dreams: The ethos of the wounded-healer in the clinical encounter. *Transcultural Psychiatry*, 40(2), 248-277. doi: 10.1177/1363461503402007
- Klein, R. H., Bernard, H. S., & Schermer, V. L. (2010). *On Becoming a Psychotherapist: The Personal and Professional Journey*: Oxford University Press.
- Klinger, E. (2013). Goal Commitments and the content of thoughts and dreams: basic principles. *Frontiers in Psychology*, 4, 415. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00415
- Kohut, H. (2013). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*: University of Chicago Press.
- Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., . . . Vtípil, Z. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Získáno z http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2014/08/Aktualizovan%C3%BD_Manual-pro-psani-BP-a-DP_2017.pdf

- Kottsieper, P. (2009). Experiential Knowledge of Serious Mental Health Problems: One Clinician and Academic's Perspective. *Journal of Humanistic Psychology, 49*(2), 174-192. doi: 10.1177/0022167808327749
- Kovář, M. (2018). *Motivace studia psychologie na vysoké škole*. (Bakalářská diplomová práce), Ostravská Univerzita.
- Krenek, R. J., & Zalewski, C. (1993). Psychiatric illness in families of mental health professionals: Relationship to career choice and self-perceived therapeutic variables. *Journal of Social Behavior and Personality, 8*(3), 439.
- Kühr, O. (2015). *Profil dobrovolníka v olomoucké pobočce Amelie, o.s.* (Bakalářská diplomová práce), Univerzita Palackého v Olomouci.
- Larisey, K. C. (2012). The Wounded Healer: A Jungian Perspective. Získáno z C. G. Jung Society of Atlanta: <http://www.jungatlanta.com/articles/fall12-wounded-healer.pdf>
- Laskowski, C., & Pellicore, K. (2002). The wounded healer archetype: Applications to palliative care practice. *American Journal of Hospice & Palliative Care, 19*(6), 403-407. doi: 10.1177/104990910201900611
- LeBel, T. P., Richie, M., & Maruna, S. (2015). Helping others as a response to reconcile a criminal past: The role of the wounded healer in prisoner reentry programs. *Criminal Justice and Behavior, 42*(1), 108-120. doi: 10.1177/0093854814550029
- Levine, A. B. (2017). *Applying attachment theory and the wounded healer hypothesis to clinical psychology and mental health counseling graduate students*. (Dizertační práce) Nova Southern University.
- MacCulloch, T., & Shattell, M. (2009). Reflections of a 'Wounded healer.'. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(2), 135-137. doi: 10.1080/01612840802601390
- Maeder, T. (1989). *Children of psychiatrists and other psychotherapists*: Harper & Row.
- Mander, G. (2004). The selection of candidates for training in psychotherapy and counselling. *Psychodynamic Practice, 10*(2), 161-172. doi: 10.1080/14753630410001686762
- Martin, P. (2011). Celebrating the wounded healer. *Counselling Psychology Review, 26*(1), 10-19.
- Maslow, A. H. (1954). Personality and motivation. *Harlow, England: Longman, 1*, 987.
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*: Arkana/Penguin Books.
- Matulová, M. (2011). *Syndrom pomocníka u studentů Psychoterapeutických studií FSS MU*. (Magisterská diplomová práce), Masarykova Univerzita v Brně.
- McAdams, D. P. (1988). *Power, intimacy, and the life story: Personological inquiries into identity*: Guilford Press.
- McClelland, D. C. (1987). *Human motivation*: CUP Archive.
- McClelland, D. C., Atkinson, J. W., Clark, R. A., & Lowell, E. L. (1953). The achievement motive.
- McClelland, D. C., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological review, 96*(4), 690.
- McConaughy, E. A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 24*(3), 303-314. doi: 10.1037/h0085720
- McMullen, S. (2015). A Heuristic Study of a Wounded Healer.
- Means, J. J. (2002). Mighty prophet/wounded healer. *J Pastoral Care Counsel, 56*(1), 41-49. doi: 10.1177/154230500205600106
- Merchant, J. (2012). *Shamans and analysts: New insights on the wounded healer*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Miller, A. (2008). *The Drama of the Gifted Child: The Search for the True Self, Third Edition*: Basic Books.

- Miller, G. A., Wagner, A., Britton, T. P., & Gridley, B. E. (1998). A Framework for Understanding the Wounding of Healers. *Counseling and Values, 42*(2), 124-132. doi: 10.1002/j.2161-007X.1998.tb00417.x
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*: Grada Publishing.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Mlčoch, T. (2015). *Archetyp zraněného léčitele*. (Bakalářská diplomová práce), Univerzita Palackého v Olomouci.
- Müller, L., & Müller, A. (2006). *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál.
- Murphy, R. A., & Halgin, R. P. (1995). Influences on the career choice of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(4), 422-426. doi: 10.1037/0735-7028.26.4.422
- Murray, H. A. (1938). Explorations in personality.
- Myers, D., & Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general self-disclosure and countertransference disclosure on ratings of the therapist and session. *PSYCHOTHERAPY-RIVER EDGE-, 43*(2), 173.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*: Academia.
- Nakonečný, M. (2014). *Motivace chování*: Triton.
- Neumannová, M. (2015). *Motivace v pomáhajících profesích*. (Bakalářská diplomová práce), Univerzita Palackého v Olomouci.
- Newcomb, M., Burton, J., Edwards, N., & Hazelwood, Z. (2015). How Jung's concept of the wounded healer can guide learning and teaching in social work and human services. *Advances in Social Work and Welfare Education, 17*(2), 55.
- Nolte, S. P., & Dreyer, Y. (2009). Pastors as wounded healers: autobiographical pastorate as a way for pastors to achieve emotional wholeness. *HTS Theological Studies, 65*(1), 0-0.
- Nolte, S. P., & Dreyer, Y. (2010). The paradox of being a wounded healer: Henri J.M. Nouwen's contribution to pastoral theology. *HTS, 66*(2).
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Farber, B. A. (2005). Choosing psychotherapy as a career: beyond "I want to help people". *J Clin Psychol, 61*(8), 939-943. doi: 10.1002/jclp.20175
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull, 32*(4), 709-714. doi: 10.1093/schbul/sbj065
- Nouwen, H. J. (1979). *The wounded healer: Ministry in contemporary society*: Image.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Papadopoulos, R. K. (2006). *The Handbook of Jungian Psychology: Theory, Practice and Applications*: Routledge.
- Pearlman, L. A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 51-64). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Rabin, S., Shorer, Y., Nadav, M., Guez, J., Hertzanu, M., & Shiber, A. (2011). Burnout among general hospital mental health professionals and the salutogenic approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 48*(3), 175-181.

- Racusin, G. R., Abramowitz, S. I., & Winter, W. D. (1981). Becoming a therapist: Family dynamics and career choice. *Professional Psychology, 12*(2), 271.
- Rafailov, B. (2010). *C.G. Jung v zrcadle filosofie: Hermeneutická interpretace filosofických aspektů Jungova díla*: Emitos.
- Ramphele, M. (2008). How does one speak of social psychology in a nation in transition? *Journal of Analytical Psychology, 53*(2), 157-167. doi: 10.1111/j.1468-5922.2008.00714.x
- Regehr, C., Stalker, C. A., Jacobs, M., & Pelech, W. (2001). The Gatekeeper and the Wounded Healer. *The Clinical Supervisor, 20*(1), 127-143. doi: 10.1300/J001v20n01_10
- Reppen, J. (1998). *Why I Became a Psychotherapist*: Jason Aronson.
- Rice, C. A. (2010). The Psychotherapist as "Wounded Healer": A modern Expression of an Ancient Tradition. In R. H. Klein, H. S. Bernard & V. L. Schermer (Eds.), *On Becoming a Psychotherapist: The Personal and Professional Journey*. New York: Oxford University Press.
- Richard, A. (2012). The Wounded Healer: Can We Do Better Than Survive as Therapist? *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 7*(1), 131-138. doi: 10.1080/15551024.2011.606967
- Richards, J., Holtum, S., & Springham, N. (2016). How Do "Mental Health Professionals" Who Are Also or Have Been "Mental Health Service Users" Construct Their Identities? *SAGE Open, 6*(1), 2158244015621348. doi: 10.1177/2158244015621348
- Rold, O. (2016). *Posttraumatic growth and wounded healers: A look at posttraumatic growth among forensic and clinical psychologists*. (Dizertační práce) Alliant International University
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Samuels, A. (2003). *Jung and the post-Jungians*: Routledge.
- Sawyer, A. (2011). Let's talk: a narrative of mental illness, recovery, and the psychotherapist's personal treatment. *Journal of Clinical Psychology, 67*(8), 776-788. doi: 10.1002/jclp.20822
- Sedgwick, D. (1994). *The wounded healer: Countertransference from a Jungian perspective*. Florence, KY US: Taylor & Frances/Routledge.
- Sedgwick, D. (2003). *Introduction to Jungian Psychotherapy: The Therapeutic Relationship*: Taylor & Francis.
- Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.
- Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
- Schonau, B. (2012). *The paradox of the 'wounded healer'*. (Disertační práce). Retrieved from <http://openaccess.city.ac.uk/2993/>
- Skovholt, T., & Jennings, L. (2017). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston: Oxford University Press.
- Sládečková, A. (2015). *Motivace dobrovolníků pro práci s dětmi a mládeží ohroženými sociálním vyloučením*. (Bakalářská diplomová práce), Masarykova Univerzita v Brně.
- Solařová, H. (2015). *Syndrom pomocníka u studentů CARITAS - Vyšší odborné školy sociální Olomouc* (Bakalářská diplomová práce) Univerzita Palackého v Olomouci
- Starý, R. (2000). *Cheirón, asklépiovská medicína a jungovská psychologie: eseje*: Sagittarius.
- Staub, E. (1978). *Positive Social Behavior and Morality: Social and personal influences*. New York: Academic Press.

- Stevanovic, P., & Rupert, P. A. (2004). Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce.
- Stricker, G., & Fisher, M. (1990). *Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship*: Springer US.
- Stuchlíková, I. (2010). Motivace a osobnost. In B. a. kol. (Ed.), *Psychologie osobnosti, hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Stuchlíková, I., & Man, F. (2009). Motivační struktura - Integrovaný koncept psychologie motivace. *Ceskoslovenska Psychologie*, 53(2), 158.
- Stuchlíková, I., & Mazehóová, Y. (2014). Osobní cíle jako motivační fenomén. *Ceskoslovenska Psychologie*, 58(5), 471.
- Sturges, J. W. (2012). Clinical Forum-Use of Therapist Self-Disclosure and Self-Involving Statements. *Behavior Therapist*, 35(5), 90.
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Swafford, L. (2014). *Lateral Violence in the Emergency Department*. (Magisterská diplomová práce), Gardner-Webb University.
- Šmahaj, J., & Cakirpaloglu, P. (2015). *Význam motivace v pojetí osobnosti: Teoretický, výzkumný a aplikační rozměr*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Tedeschi, R. G. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*(4), 58-58.
- Tenkl, T. (2013). *Motivace ke studiu psychologie*. (Bakalářská diplomová práce), Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice.
- Thangathurai, D. (2015). *Wounded Patients, Wounded Doctors, Wounded Healers: Healing Our Fragmented Medical System* (Dizertační práce), Pacifica Graduate Institute, California, United States.
- Topolinski, S., & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research*, 17(3), 378-390. doi: 10.1080/10503300600830736
- Viado, L. A. (2016). *Countertransference experiences of wounded healers: A case study approach*. (Dizertační práce). Saybrook University.
- von Franz, M. L. (1998). *C. G. Jung: His Myth in Our Time*. Toronto: Inner City Books.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie* (2. přepracované a rozšířené vydání ed.): Grada.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull*, 33(6), 1312-1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076
- Watts, H. E. (2014). *The Plight of the Wounded Healer: Unraveling Pain as a Precursor to Practicing Potent Psychotherapy* (Diplomová magisterská práce), Pacifica Graduate Institute, California, United States.
- Whan, M. (1987). Chiron's wound: Some reflections on the wounded-healer. In M. Stein & N. Schwartz-Salant (Eds.), *Archetypal processes in psychotherapy* (pp. 197-208). Wilmette: Chiron.
- Wheeler, S. (2007). What shall we do with the wounded healer? The supervisor's dilemma. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 13(3), 245-256. doi: 10.1080/14753630701455838
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature.

- Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. doi: 10.1080/14733140601185274
- White, W. L. (2000a). The History of Recovered People as Wounded Healers: I. From Native America to the Rise of the Modern Alcoholism Movement. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(1), 1-23. doi: 10.1300/J020v18n01_01
- White, W. L. (2000b). The History of Recovered People as Wounded Healers: II. The Era of Professionalization and Specialization. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(2), 1-25. doi: 10.1300/J020v18n02_01
- White, W. L. (2011). Wounded Healers in Recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(1), 99-102. doi: 10.1080/07347324.2011.538321
- Wilson, E. O. (2000). *Sociobiology: The New Synthesis*: Belknap Press of Harvard University Press.
- Winter, D. G. (1973). *The power motive*: Free Press.
- Witmer, J. M., & Young, M. E. (1996). Preventing Counselor Impairment: A Wellness Approach. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 34(3), 141-155. doi: 10.1002/j.2164-4683.1996.tb00338.x
- Wolgien, C. S., & Coady, N. F. (1997). Good Therapists' Beliefs About the Development of Their Helping Ability. *The Clinical Supervisor*, 15(2), 19-35. doi: 10.1300/J001v15n02_02
- Young, P. T. (1936). *Motivation of behavior: The fundamental determinants of human and animal activity*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Zosky, D. L. (2013). Wounded Healers: Graduate Students with Histories of Trauma in a Family Violence Course. *Journal of Teaching in Social Work*, 33(3), 239-250. doi: 10.1080/08841233.2013.795923

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Archetypální obraz zraněného léčitele u psychoterapeutů

Autor práce: Tomáš Mlčoch

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 158 stran, 338 865 znaků

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 223

Abstrakt (800–1200 zn.): Tato magisterská diplomová práce zkoumá projevy Jungova konceptu archetypálního obrazu zraněného léčitele v motivacích psychoterapeutů vedoucích k výběru psychoterapie jako povolání, ke studiu psychologie na vysoké škole, k volbě psychoterapeutického výcviku a v poslední řadě k setrvání v psychoterapeutické praxi. Výzkumný soubor tvoří 13 praktikujících psychoterapeutů. Výzkum je proveden kvalitativní metodologií. Data byla získávána polostrukturovanými rozhovory a pozorováním, analyzována a interpretována pomocí metody zakotvené teorie. Výsledky ukazují, že 77 % (n=10) terapeutů zažilo alespoň jedno významné zranění, které ovlivnilo volbu povolání či výkon psychoterapeutické praxe. Tato zranění byla většinou narcistní povahy, způsobená v rodinném prostředí během dětství. Nejčastěji udávané altruistické motivy pomáhat druhým byly díky uvědomění těchto zranění s velkým časovým odstupem, po dosažení 30 let, revidovány. Výzkum se řadí mezi studie poukazující na souvislosti motivace ke vstupu do psychoterapeutické profese s nevědomým záměrem vyléčit svá vlastní zranění.

Klíčová slova: archetypální obraz zraněného léčitele, analytická psychologie, motivace, psychoterapie

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Archetypal Image of the Wounded Healer Among Psychotherapists

Author: Tomáš Mlčoch

Supervisor: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph.D.

Number of pages and characters: 158 pages and 338 865 characters

Number of appendices: 7

Number of references: 223

Abstract (800–1200 characters): This theses explores the manifestations of Jung's concept of the archetypal image of the wounded healer in the motivations of psychotherapists leading to their career choice, to study psychology, to select psychotherapeutical training and lastly, to remain in psychotherapeutic practice. Research sample consists of 13 practicing psychotherapists. Research is conducted through qualitative methodology. The data was aquired by semi-structured interviews and observation, analyzed and interpreted using the grounded theory method. The results show that 77 % (n=10) of therapists experienced at least one substantial wound that affected the choice of proffesion or existing psychotherapeutical practice. The character of the wound was mostly narcissistic, caused in a family environment during childhood. The most frequently reported altruistic motives to help others have been revised after gaining the awareness of the true motives connected to the wounds, after long period of time, after reaching the age of 30. This research ranks among studies pointing to the link between motivation to enter the psychotherapeutic profession with the unconscious intent of healing their own wounds.

Key words: archetype of the wounded healer, analytical psychology, motivation, psychotherapy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o účast na výzkumu zaslaná psychoterapeutům

Příloha č. 2: Seznam otázek rozhovoru sytící výzkumné otázky

Příloha č. 3: Schéma postupu při rozhovoru

Příloha č. 4: Jádrové otázky u interview

Příloha č. 5: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 6: Přehled úrovní kategorií

Příloha č. 7: Komplexní příklad motivačního procesu

Přílohy

Příloha č. 1: Žádost o účast na výzkumu zasláná psychoterapeutům



Filozofická
fakulta

Univerzita Palackého
v Olomouci

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o účast na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce, kterou zhotovuji na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své práci chci zkoumat motivaci psychoterapeutů k výběru studia psychologie a rozhodnutí stát se psychoterapeutem. Druhým tématem pak bude využití sebeodhalení v psychoterapeutickém procesu. Oba tyto aspekty bych rád zasadil do kontextu analytické psychologie C. G. Junga, konkrétně archetypu zraněného léčitele. Hlavní myšlenkou konceptu archetypu zraněného léčitele je, že bolest pramenící z vlastní zraněnosti a následný proces růstu a transformace, který může nastat, pokud člověk dokáže tato zranění správně integrovat, hrají kritickou roli ve formování všech léčebných vztahů, jenž daný jedinec naváže. Sběr dat bude realizován formou interview s psychoterapeuty.

Veškerá získaná data budou anonymizována, což garantuje oboustranně podepsaný informovaný souhlas, který bude samotnému rozhovoru předcházet. Přepisy konkrétních rozhovorů nebudou na přání účastníků zveřejněny.

Budu vděčný za možnost spolupráce s Vámi jako respondentkou/respondentem mého výzkumu.

Další případné otázky rád zodpovím.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Bc. Tomáš Mlčoch

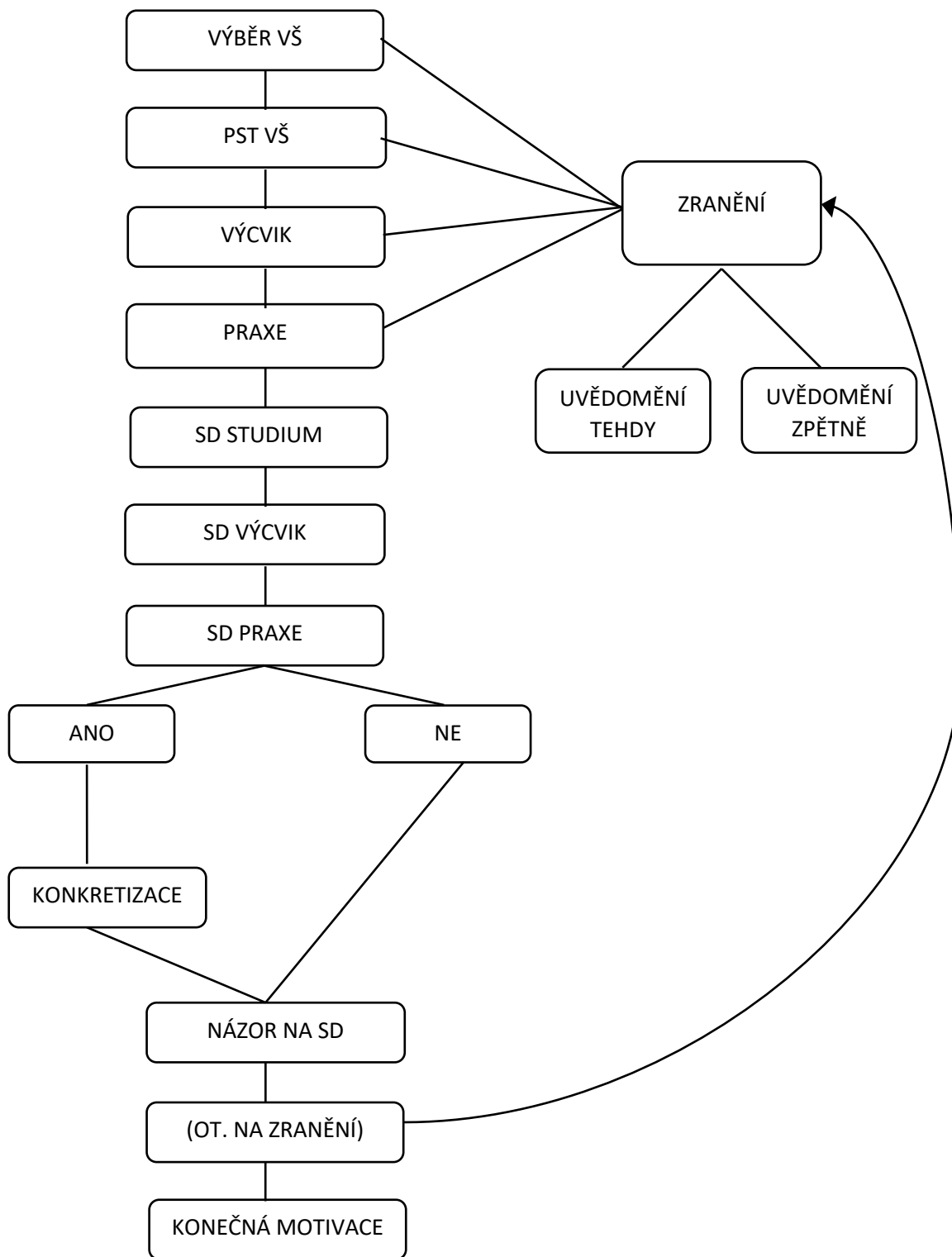
student II. ročníku nmgr. psychologie FF UPOL

mlcoch.tomass@gmail.com

Příloha č. 2: Seznam otázek rozhovoru sytící výzkumné otázky

<p>a) Jak se u psychoterapeutů v průběhu jejich života vyvíjela motivace k psychoterapii?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostal/a jste se k výběru psychoterapie jako vašeho budoucího zaměření už na VŠ? 2. Jaké okolnosti Vás k tomu vedly? 3. Jak jste tedy dospěl/a k psychoterapii? 4. Napadlo Vás zpětně ještě něco, co mohlo ovlivnit vaše rozhodnutí věnovat se psychoterapii?
<p>b) Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k výběru studia psychologie?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Vzpomněl/a byste si, co Vás vedlo ke studiu psychologie? 6. Kdy jste se pro studium rozhodl/a? 7. Napadlo Vás zpětně ještě něco, co mohlo ovlivnit vaše rozhodnutí studovat psychologii?
<p>c) Jaké okolnosti vedly psychoterapeuty k zahájení psychoterapeutického výcviku?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Co Vás vedlo k zahájení psychoterapeutického výcviku? 9. Kdy jste učinil/a rozhodnutí vstoupit do psychoterapeutického výcviku? 10. Proč jste si vybral/a právě toto zaměření?
<p>d) Jaké aspekty motivace psychoterapeuti spatřují ve své současné práci?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Vybral/a byste si povolání psychoterapeuta i dnes? 12. Co vás motivuje k práci psychoterapeuta?
<p>e) Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k případnému zranění?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 13. (Jaké zranění a kdy?) 14. Prožil/a jste v životě nějakou významnou událost, spojenou se zraněním či bolestí? 15. Jak ovlivnilo toto (zranění) váš život? 16. Jak ovlivnilo/ovlivňuje vaši práci?
<p>f) Kdy a jakým způsobem dochází u psychoterapeutů k uvědomění této zraněnosti?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Uvědomoval/a jste si tehdy, že vás (zranění) ovlivnilo k výběru psychologie? 18. Vnímál/a jste, že by vaše směřování k psychoterapii během studií ovlivnilo právě toto (zranění)? 19. Vnímáte tu motivaci spojenou s tímto (zraněním) stejně i nyní nebo se to nyní liší? 20. Jaké okolnosti vás přivedly ke změně náhledu? 21. Kdy jste na toto zjištění přišel/a?

Příloha č. 3: Schéma postupu při rozhovoru



Příloha č. 4: Jádrové otázky u interview

VÝBĚR VŠ (KDY, JAK)

- 1. Vzpomněl/a byste si, co Vás vedlo ke studiu psychologie?
- 2. Kdy jste se pro studium rozhodl/a?

ZRANĚNÍ (KDY, JAK)

- 3. (Jaké zranění a kdy?)

UVĚDOMĚNÍ TEHDY (A PROČ)

- 4. Kdy jste na toto zjištění přišel/a?
- 5. Uvědomoval/a jste si tehdy, že vás (zranění) ovlivnilo k výběru psychologie?
- 6. Vnímál/a jste, že by vaše směřování k psychoterapii během studií ovlivnilo právě toto (zranění)?

UVĚDOMĚNÍ ZPĚTNĚ (A PROČ)

- 7. Vnímáte tu motivaci spojenou s tímto (zraněním) stejně i nyní, nebo se to nyní liší?
- 8. Jaké okolnosti Vás přivedly ke změně náhledu?

PST NA VŠ

- 9. Dostal/a jste se k výběru psychoterapie jako vašeho budoucího zaměření už na VŠ?
- 10. Jaké okolnosti Vás k tomu vedly?
- 11. Jak jste tedy dospěl/a k psychoterapii?
- 12. Byl/a byste pro plošné povinné zavedení sebezkušenostní praxe pro studenty psychologie, a proč?

MOTIVACE VÝCVIK

- 13. Co Vás vedlo k zahájení psychoterapeutického výcviku?
- 14. Kdy jste učinil/a rozhodnutí vstoupit do psychoterapeutického výcviku?
- 15. Proč jste si vybral/a právě toto zaměření?

MOTIVACE PRAXE

- 16. Vybral/a byste si povolání psychoterapeuta i dnes?
- 17. Co vás motivuje k práci psychoterapeuta?

Druhou část rozhovoru bych rád věnoval tématu sebeodhalení vlastní zraněnosti. Nejprve se budu věnovat sebeodhalení při studiu a psychoterapeutickém výcviku, později přejdeme k samotné psychoterapii. Zraněním nemyslím pouze fyzickou újmu, ale jakoukoliv událost působící bolest, tedy i psychickou. Sebeodhalením rozumím vnášení těchto osobních zážitků a zkušeností z vlastního života do sebezkušenostního procesu, svěřování se skupině, včetně vedoucího skupiny.

SD STUDIUM (AKTUÁLNOST, NAČASOVÁNÍ, OBSAH, REAKCE AUTORIT, OKOLÍ, PŘÍNOS)

- 18. Uchýlil / a jste se někdy k sebeodhalení v rámci studia, například během sebezkušennostních předmětů?
- 19. Pokud ano, mohl byste mi tu událost popsat?
- 20. Co Vás přimělo uchýlit se k SD?
- 21. Jak detailně jste vaše zranění popisoval/a?
- 22. Svěřoval/a jste se se zraněním, které jste v tu dobu právě prožíval, bylo pro vás aktuálním tématem ve vašem osobním životě?
- 23. Jaká byla tehdy reakce vašeho vedoucího/instruktora/gatekeepera?
- 24. Jaká byla reakce ostatních členů skupiny?
- 25. Co toto odhalení přineslo Vám?

SD VÝCVIK (AKTUÁLNOST, NAČASOVÁNÍ, KONKRÉTNOST, REAKCE AUTORIT, OKOLÍ, PŘÍNOS)

- 26. Máte nějakou zkušenost se sebeodhalením v rámci vašeho výcviku? Pokud ano, mohl/a byste mi tu událost popsat?
- 27. Co Vás přimělo uchýlit se k SD?
- 28. Jak detailně jste vaše zranění popisoval/a?
- 29. Svěřoval/a jste se se zraněním, které jste v tu dobu právě prožíval, bylo pro vás aktuálním tématem ve vašem osobním životě?
- 30. Jaká byla tehdy reakce vašeho analytika/vedoucího/gatekeepera?
- 31. Jaká byla reakce ostatních členů skupiny?
- 32. Co toto odhalení přineslo Vám?
- 33. Máte nějakou zkušenost se sebeodhalením při supervizi?
- 34. Má sebeodhalení supervizorům, či autoritám ve výcviku nějaká specifika, mohl/a byste ji popsat?

Nyní se bych rád věnoval tématu sebeodhalení z pozice psychoterapeuta. Sebeodhalením rozumím vnášení osobních zážitků a zkušeností z vlastního života do terapeutického procesu, sdělování se klientovi.

SD PRAXE (OBSAH, NAČASOVÁNÍ, KONKRÉTNOST, AKTUÁLNOST, FREKVENCE, PŘÍNOS)

- 35. Máte nějakou zkušenost se SD ve vaší psychoterapeutické praxi? Pokud ano, mohl byste ji popsat?
- 36. Co Vás přimělo uchýlit se k SD?
- 37. Jak detailně jste vaše zranění popisoval/a?
- 38. Svěřoval/a jste se se zraněním, které jste v tu dobu právě prožíval, bylo pro vás aktuálním tématem ve vašem osobním životě?
- 39. A v tom SD jste se zaměřoval/a na zmínění, že se vám to stalo také, nebo i na konkrétní postup, jak jste toto (zranění) řešil/a? Můžete mi dát konkrétní příklad?
- 40. Jak často SD v PST používáte?
- 41. Jakým způsobem v tu chvíli ovlivnilo toto odhalení aktuální PST proces z Vašeho pohledu?
- 42. Pamatujete si, jak reflektoval tento moment Váš klient?
- 43. Jakým způsobem se promítlo vaše sebeodhalení do celkové psychoterapie?

NÁZOR NA SD

- 44. Jaký máte názor na používání SD v PST?

- 45. Proč SD v PST nepoužíváte?
- 46. Proč myslíte, že někteří jiní terapeuti mohou SD v PST využívat?
- 47. Proč myslíte, že naopak někteří jiní terapeuti mohou SDZ v PST nevyužívat?

(OTÁZKA NA ZRANĚNÍ)

- 48. Prožil/a jste v životě nějakou významnou událost, spojenou se zraněním či bolestí?
- 49. Jak ovlivnilo toto (zranění) váš život?
- 50. Jak ovlivnilo/ovlivňuje vaši práci?

KONEČNÁ MOTIVACE

- 51. Napadlo Vás zpětně ještě něco, co mohlo ovlivnit vaše rozhodnutí studovat psychologii nebo psychoterapii?
- 52. Napadá Vás ještě něco na doplnění k tématu rozhovoru?

Příloha č. 5: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské diplomové práce

Název práce: Archetyp zraněného léčitele v psychoterapii

Autor práce: Bc. Tomáš Mlčoch

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Šmahajová, Ph. D.

Termín realizace: 2017/2018

Místo realizace: Olomouc

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Archetyp zraněného léčitele v psychoterapii“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

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

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

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis účastníka.....

Podpis výzkumníka.....

Příloha č. 6: Přehled úrovní kategorií

1.OKRUH: ZRANĚNÍ A JEHO UVĚDOMĚNÍ

PŮVOD ZRANĚNÍ (A)

NÁHODNÁ UDÁLOST (n=3)

ZÁMĚRNÁ UDÁLOST (n=12)

zraněnost v mezilidských vztazích (n=12)

rodinné prostředí (n=9)

partnerské prostředí (n=6)

širší sociální prostředí (n=4)

ZRANĚNOST (B)

ZRANĚNOST (n=13)

více zranění (n=8)

BEZ ZRANĚNÍ (n=1)

SOUVISLOSTI ZRANĚNÍ (C)

POVAHA ZRANĚNÍ

psychické zranění (n=12)

fyzické zranění (n=2)

OBSAH ZRANĚNÍ

rodinné vztahy (n=9)

špatné formy výchovy (n=4)

úmrtí v rodině (n=2)

rozvod rodičů (n=1)

narcistické zranění (n=5)

stále neuvědomované narcistické zranění (n=2)

zpětně uvědomované narcistické zranění (n=3)

partnerské vztahy (n=6)

těžký rozchod (n=3)

těžký rozvod (n=2)

krize v manželství (n=1)

smrt dítěte (n=2)

širší sociální prostředí (n=4)

pochybení autority (n=2)

deziluze psychologickou realitou (n=2)

šikana na pracovišti (n=2)

OBDOBÍ ZRANĚNÍ

dětství (n=6)

pubescence (n=5)

adolescence (n=3)

raná dospělost (n=4)

střední dospělost (n=3)

starší dospělost (n=1)

UVĚDOMĚNÍ ZRANĚNÍ (D)

NÁHLED

uvědomění tehdy (n=10)

X kombinace s předchozí kategorií OBSAH ZRANĚNÍ:

uvědomění tehdy + partnerské vztahy (n=7)

uvědomění tehdy + širší sociální vztahy (n=2)

uvědomění tehdy + rodinné vztahy (n=1)

uvědomění tehdy + fyzické zranění (n=1)

uvědomění zpětně (n=5)

uvědomění zpětně + rodinné vztahy (n=4)

uvědomění zpětně + širší sociální vztahy (n=1)

OBDOBÍ UVĚDOMĚNÍ

X kombinace s předchozí kategorií uvědoměním tehdy:

dětství + uvědomění tehdy (n=2)

adolescence + uvědomění tehdy (n=3)

mladší dospělost + uvědomění tehdy (n=2)

střední dospělost + uvědomění tehdy (n=7)

X kombinace s předchozími kategoriemi OBSAH ZRANĚNÍ a uvědomění tehdy:

dětství + uvědomění tehdy = fyzické zranění (n=1) a širší sociální vztahy (n=1)

adolescence + uvědomění tehdy = širší sociální vztahy (n=1), partnerské.rodinné vztahy (n=1)

mladší dospělost + uvědomění tehdy = fyzické zranění (n=1) a partnerské vztahy (n=1)

střední dospělost + uvědomění tehdy = partnerské vztahy (n=6) a širší sociální vztahy (n=1)

X kombinace s předchozí kategorií uvědoměním zpětně:

mladší dospělost + uvědomění zpětně (n=1)

střední dospělost + uvědomění zpětně (n=4)

X kombinace s předchozími kategoriemi OBSAH ZRANĚNÍ a uvědomění zpětně:

mladší dospělost + uvědomění zpětně = širší sociální vztahy (n=1)

střední dospělost + uvědomění zpětně = rodinné vztahy (n=3) a partnerské vztahy (n=1)

ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ (pouze spjatý s uvědoměním zpětně)

samovolný náhled (n=3)

konkrétní situace (psychoterapeutický výcvik) (n=3)

OVLIVNĚNÍ ZRANĚNÍM (E)

ZRANĚNÍ NEHRÁLO ROLI (n=1) + *stále neuvědomované narcistní zranění*

ZRANĚNÍ HRÁLO ROLI (n=13)

profesní život (n=10)

osobní život (n=2)

bolest jako růst (n=10)

bolest zprostředkuje porozumění (n=7)

lčba sebe facilituje lčbu druhých (n=4)

nikdy nekončící proces sebepoznání (n=3)

univerzálnost zranění (n=5)

součást života všech lidí (n=2)

zranění jako podmínka v pomáhajících profesích (n=3)

2.OKRUH: MOTIVACE VEDOUCÍ K PROFESI PSYCHOTERAPEUTA

Zde již neuvádím počty participantů, neboť prezentuji úrovně kategorií z více výzkumných otázek dohromady. Kategorie v závorkách se vyskytují v paradigmatických modelech jiných výzkumných otázek nežli té styčné, tedy motivace k psychoterapii.

OSOBNÍ HISTORIE (A)

INSPIRACE RODINNÝM PROSTŘEDÍM

INSPIRACE PRAXÍ S LIDMI

INSPIRACE AUTORITOU

INSPIRACE TEORIÍ

INSPIRACE PSYCHOTERAPEUTICKÝM VÝCVIKEM

INSPIRACE ZRANĚNÍM – kategorie představující celý paradigmatický model prvního okruhu

(INSPIRACE JINOU VYSOKOU ŠKOLOU)

(ZÁJEM O PSYCHOTERAPII)

OSOBNÍ MOTIVY (B)

EGOISTICKÉ MOTIVY

osobnostní motivy

poznání lidské psychiky

poznávání rozmanitosti

sebepoznání

smysl a poslání

pragmatické motivy

získání vyšší kvalifikace

uplatnění na pracovním trhu

narcistické motivy

stále neuvědomované narcistické motivy

uvědomované narcistické motivy

ALTRUISTICKÉ MOTIVY

pomáhat druhým lidem

CÍLE CHOVÁNÍ (C)

EGOISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ

osobnostní uspokojení

pragmatické uspokojení

narcistické uspokojení

ALTRUISTICKÉ CÍLE CHOVÁNÍ

altruistické uspokojení

UVĚDOMĚNÍ MOTIVŮ (D)

NÁHLED

uvědomění zpětně

X kombinace s předchozími kategoriemi OSOBNÍ MOTIVY a uvědomění zpětně:

uvědomění zpětně + narcistické motivy a altruistické motivy

OBDOBÍ

mladší dospělost

střední dospělost

ZPŮSOB UVĚDOMĚNÍ

samovolný náhled

konkrétní situace (psychoterapeutický výcvik)

ZFORMOVÁNÍ A PŘIJETÍ CÍLE (E)

OBDOBÍ

dětství

pubescence

adolescence

raná dospělost

střední dospělost

DOSAŽENÍ CÍLOVÉHO OBJEKTU (F)

OBDOBÍ

pubescence

adolescence

raná dospělost

střední dospělost

Příloha č. 7: Komplexní příklad motivačního procesu

Motivační proces, s použitím všech probraných teoretických konceptů, zkusím zjednodušeně popsat na příkladu hladovějícího studenta psychologie, který se chce stát psychoterapeutem a další den ho čeká státní závěrečná zkouška, na kterou se úporně učí. Výchozí situací je student učící se na zkoušku, do které mu zbývá jedna hodina, nestíhá si zopakovat látku a najednou dostane hlad. Uvidí vedle sebe procházet spolubydlícího s knihou, na které jsou zobrazeny rajčata. Dále je příběh rozvinut v následujícím textu. Jde o mou vlastní elaboraci, na dané koncepty odkazují citace uvedené v předchozích kapitolách.

Motivační proces začíná vznikem nějaké nerovnováhy, která vyvolá *potřebu*. Lidský organismus je závislý jak na biogenních (energie, spánek...), tak sociogenních (výkon, afiliace, moc, poznání...) hodnotách. Jelikož se student učí již dlouho, začíná mít hlad, což je projev potřeby najíst se. Sociální potřeby jsou komplexní, proto bude tento konkrétní student k učení se na zkoušku hnán jednak potřebou výkonu, jejím pólem vyhnout se neúspěchu, ale zároveň bude poháněn i potřebou poznání, protože ho studium zajímá a chce se stát psychoterapeutem. Souběžně se vznikem potřeb se objevuje tendence k *uspokojení* či redukci těchto potřeb skrze *dovršující reakci* (odstranění hladu-nasycení, úspěšné složení zkoušky a získání nových poznatků).

Tyto potřeby jsou transformovány do *motivů*, které se odvozují právě od dovršující reakce (motiv nasycení, motiv uspět u zkoušky a motiv získat poznatky). Motiv, jakožto vnitřní hnací síly studenta tlačí k cíli (*cílesměrné, instrumentální chování*), který umožňuje uspokojení potřeb. *Cíle* se skládají nejen z dovršující reakce (*cílového chování*) nasycení, složení zkoušky a získání poznatků, ale také z *cílového objektu*, který je jejím zdrojem, tedy jídla, samotného procesu učení a abstraktního pojmu zkouška.

Některé motivy jsou nevědomé (*implicitní*), protože student nedokáže konkrétně říci, proč ho psychoterapie a učení zajímá. Naopak velmi přesně si je vědom toho, proč se musí učit, aby zkoušku úspěšně vykonal (*explicitní motiv*). Studenta k učení zevnějšku motivuje získání vysokoškolského titulu (*extrinická motivace*). Motivován je však i vnitřně, předchozím zájmem o psychoterapii (*intrinická motivace*) a proces učení je v tomto případě samotným cílem (*cílovým objektem i dovršující reakci současně*). Složení zkoušky je pro onoho

studenta pouze nutným krokem (*dílčí cíl*) k dříve formovanému záměru věnovat se psychoterapii jako profesi (*osobní cíl*).

K cílům přitahují i podněty z vnějšího okolí (*incentivy*), které se odvíjejí od vlastností cílových objektů, avšak pouze pokud jsou v souladu s hodnotovým systémem našeho studenta. Protože je student vegetarián, pohled na procházejícího spolubydlícího, který jí párek v rohlíku, s ním ani nehne, zato obrázek rajčat na knize, kterou si nese v ruce, může vést k přerušení intenzivního učení a pochodu do obchodu se zeleninou. S ohledem na výkonový motiv je incentivou vysokoškolský diplom visící na zdi psychoterapeuta, u kterého byl student minulý týden. Pobídka k ukojení potřeby poznání může být nově koupená učebnice.

Vraťme se však opět k samotnému cílesměrnému procesu. Jakmile vznikly potřeby a od nich odvozené motivy k jejich mechanickému uspokojení, dochází u studenta k *rozhodování* o různých přáních, fantaziích a možných cílech, které jsou však pouhými předobrazy budoucích cílů (*goal candidates*). Toto rozhodování zahrnuje na straně studenta (*osoba*) řadu kognitivně-emočních aktivit (*kognitivních klíčů*). Student hodnotí, jak reálná je šance že se nají, že udělá zkoušku a že získá nové znalosti (*dosazitelnost cíle*) a zároveň hodnotí i co mu tyto činnosti přinesou vzhledem k vynaloženému úsilí (*užitečnost cíle*). Hodnocení je podroben i kontext okolí (*situace*), například jak daleko je nejbližší obchod se zeleninou, jaký je rozsah učiva na zkoušku a jak líbivé jsou jednotlivé pasáže koupené učebnice.

Poté si náš student představuje (*anticipace*) možné cíle – vidí rajčata, zkoušku a učení (*kognitivní vizualizace cílového objektu*). Rovněž si představuje sám sebe, jak pojídá rajčata, úspěšně skládá zkoušku a získává znalosti při učení na ni (*vizualizace dovršující reakce skrze konzumatorní chování*), a jak blaženě se u těchto činností cítí (*afektivní předpověď*). Fázi rozhodování student ukončí vědomým formulováním konkrétního cíle (*zformování cílového záměru, intence*) a rozhodnutím realizovat jej (*commitment, „překročení Rubikonu“*).

Okamžikem rozhodnutí se pro cíle je spuštěn nevědomý proces (*current concern*), který prioritizuje podněty spojené s cílesměrným chováním. Student si všimne obrázku rajčat na knize spolubydlícího, den předtím se mu může zdát o tom, jak bude slavit absolutorium, a jeho pozornost je selektivně zaměřená na kapitoly učiva zaměřené na psychoterapii,

protože ho zajímá. Jakmile je cíl zformován, začíná konkrétní plánování, za jakých podmínek bude cíle dosaženo. Vraťme se nyní k výchozí situaci, kdy student, který má již cíle učit se a udělat zkoušku zformované a probíhá cílesměrné jednání, tedy učí se. V tento moment dostane hlad a do hry vstupuje nová potřeba, motiv a následně i cíl opatřit si jídlo a najíst se. Náš student má složenou zkoušku z anatomie a fyziologie, tím pádem ví, že pro správné učení, a především pro vybavování z paměti u zkoušky, je energie důležitá. Ačkoliv by mohl onu poslední hodinu před zkouškou věnovat intenzivnímu učení, radši si dojde pro rajčata do obchodu a ztratí dvacet minut, které jsou pro něj z jeho pohledu efektivní investicí (*oddálení cíle*), vzhledem k nadřazenějším cílům (složit zkoušku a stát se psychoterapeutem). Může však dojít i k druhé variantě, kdy student vyhodnotí svůj hlad jako malý a řekne si, že to hodinu vydrží (*existující silnější intence*). Také se může stát, že si zapomněl vybrat hotovost z bankomatu a v obchodě se zeleninou nepřijímají platby kartou, tudíž nikam nepůjde (*nevhodné situační podmínky*).

V následujícím kroku je již záměr realizován, student se zvedne od učení a půjde nakoupit, v případě druhého cíle se začne učit na zkoušku, což je zároveň akční i cílovou fází cíle získat nové poznatky. Student si znovu představuje dosahování cíle (*anticipace*) a zároveň formuje své jednání. Jestliže se rozhodl jít na nákup a opustit učení, vzhledem k časové tísní do obchodu co nejrychleji poběží a jakmile se vrátí, pokusí se zvýšit intenzitu učení (*kontrola úsilí*). Opět se v procesu uplatňují i situační podmínky, pokud bude muset student čekat na přechodu pro chodce.

Celá aktivita končí dosažením cíle a následným hodnocením celého procesu. Uvedu dvě možnosti zakončení. Student doběhl do obchodu, snědl rajčata, úspěšně složil zkoušku a zároveň se i dozvěděl zajímavé věci o psychoterapii. Nyní hodnotí své počínání. Zkoušku kvůli obstarávání rajčat nesložil s výborným prospěchem. Tento výsledek přisuzuje svému špatnému odhadu zásob jídla (*retrospektivní hodnocení a kauzální atribuce*). Reflektuje však, že až bude v podobné situaci příště, rozhodně si zajistí dostatek rajčat na bytě, aby nemusel do obchodu a neztrácel tak čas (*prospektivní zhodnocení a učení se*). Druhá varianta procesu však skončila pro studenta špatně a státní zkoušky neudělal. Přemýšlí tedy, jestli je pro něj cíl stát se psychoterapeutem ještě důležitý cíl (*zvažování možných nových cílů*), nebo se spokojí s bakalářským titulem a začne se věnovat fotografii (*upuštění od cíle*).