

ZAHÁJENÍ V PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPII

MUDr. Petr Klimpl, CSc.

Psychoterapeutická praxe, Brno

Brněnský institut psychoterapie, Brno

„Prvním cílem léčby zůstává
připoutat jej k léčbě a osobě lékaře.“

Sigmund Freud, 1913

Přehledný článek pojednává o úkonech při zahájení psychodynamické psychoterapie. Ohlášení pacienta, první interview, anamnestický rozhovor, posouzení léčitelnosti, formulace dohody o léčení, a konečně zahájení systematické psychoterapie představují jednotlivé kroky, oddělované především z didaktických důvodů. Přijetí, popřípadě odmítnutí pacienta by se ovšem nemělo dít na základě impresivního přístupu a intuitivního postoje pro proslulou nespolehlivost těchto prostředků. Souhrnný článek je příspěvkem k profesionalizaci rozhodování v těchto oblastech.

Klíčová slova: psychodynamická psychoterapie, přijímání pacientů do psychoterapie, první interview, anamnestický rozhovor, posouzení léčitelnosti, kontrakt.

OPENING IN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

The overview article deals with procedures during an initiation of psychodynamic psychotherapy. Announcement of the patient, the first interview, history concerning conversation, assessment of curability, formulation of an agreement on the therapy and finally the initiation of systematic psychotherapy represent individual steps, which are distinguished above all due to didactical reasons. Admittance, or refusal of the patient should not be based on the impressive approach and intuitive attitude due to the well-known unreliability of these measures. The overview article is a contribution to professionalization of judgements in these fields.

Key words: psychodynamic psychotherapy, admitting the patients to psychotherapy, the first interview, history concerning conversation, assessment of curability, contract.

Úvod

Tento článek se zabývá problematikou psychodynamické psychoterapie u dospělých pacientů, trpících neurotickými, osobnostními, somatoformními nebo psychosomatickými symptomy či poruchami. Psychoterapie psychóz včetně sociální reedukace vyžaduje podstatné změny terapeutické techniky, o nichž v tomto článku pojednáno není.

Gabbard (14) považuje psychodynamickou psychoterapii za hlavní nástroj (*psycho*)*dynamické psychiatrie*. Tento přístup k diagnóze a léčení charakterizuje jako způsob uvažování o pacientu a lékaři, zahrnující nevědomý konflikt, deficit a zkruslení intrapsychických struktur a vnitřních objektních vztahů, integrující tyto prvky se současnými nálezy neurověd. Pozitivní definice psychodynamické psychoterapie není jednoduchá, a to pro teoretickou nevyhraněnost a vzájemné prolínání či přesahování různorodých přístupů a technik v krátkodobých psychoterapiích, původně nějak odvozených od psychoanalýzy anebo s ní spojených přinejmenším osobami zakladatelů. Také z těchto důvodů bývá psychodynamická psychoterapie oprávněně kritizována za zmatek ve vědecko-teoretickém základu disciplíny, v odborné terminologii a za nesystematické nebo obsahově nesprávné užívání analytických pojmů a nástrojů (22). Pojem *dynamický* naznačuje zájem o vývoj a změnu, o niž ovšem usilují všechny terapie.

Dynamicky – podobně jako v psychoanalýze – lze hledat příčinu poruch buď v *konfliktu* nebo v *deficitu* (14). Cílem psychodynamické psychoterapie je navození změny a pochopení příčin a souvislostí vzniku symptomů (vhled). Tím se odlišuje od konkurenčních postupů, kde mechanismus změny není předmětem zájmu v takovém rozsahu. Sledování změny pacientem i terapeutem se liší kvalitativně a stává se spolu se vztahem (*intersubjektivitou*) obsahem terapeutických hodin, na rozdíl např. od hypnózy nebo kognitivní terapie.

Vztah mezi psychoanalýzou, psychoanalytickou psychoterapií a psychodynamickou psychoterapií je předmětem dlouholetého diskurzu (2, 3, 14, 17, 22). V mnoha ohledech není možné literární údaje v českém prostředí důsledně aplikovat pro rozdíly v medicínských zvyklostech a kulturních tradicích. Psychodynamická psychoterapie, jak je u nás obvykle provozována, má snad nejbližší k podpůrné psychoterapii (supportive psychotherapy) v popisu Otto F. Kernberga (17). Nejasná definice vztahu k psychoanalytické teorii, která bývá v psychodynamickém rámci aplikována až příliš volně, eklekticky či dokonce chaoticky, vytváří zřejmě značný prostor pro osobní konfese. Jistě by byla zajímavá naturalistická studie popisující, co a jak psychoterapeuti u nás dělají.

Psychodynamická psychoterapie zřejmě přijímá strukturální model s *teorií tripartitního uspořádání psychiky* (ego, id, superego),

do jisté míry si všímá *přenosu* (celostní reakce pacienta na terapeuta jako na osobu z vlastního života, z přítomnosti či minulosti) a *protipřenosu* (analogická terapeutova reakce na pacienta), stejně jako problémů pacienta v jeho externí realitě: mívá proto blízko k ego-psychologickému přístupu. K tomu přispěla mimo jiné také popularita českého vydání knihy manželů Blanckových *Ego-psychologie: teorie a praxe* (3). Pevné místo v teoretickém instrumentáriu psychodynamické psychoterapie zaujímá také teorie objektních vztahů. V praxi bývá někdy chápána zjednodušeně až do té míry, že může docházet k záměnám mezi (vnější) osobou a objektem (intrapsychická reprezentace osoby), což zapříčiňuje obviňování blízkých vztahových osob, např. rodičů, aniž by byl respektován rozdíl mezi osobou a objektem. Stranou tak zůstávají zkruslení vedoucí k vytvoření konfliktního objektu.

Z ekonomických důvodů je neobvyklejší frekvence psychoterapie jedna hodina týdně (ale i méně!). V takovém rozvrhu se problémem psychodynamické psychoterapie stává distribuce pozornosti terapeuta mezi dvě kvalitativně odlišné oblasti. Na jedné straně je to přenos a protipřenos, prožívání terapeutické situace („*ted a tady*“), na druhé straně externí životní realita pacienta („*tehdy a tam*“). Při jednostranném zaměření pozornosti by se snadno mohlo stát, že psychoterapeut ztratí kontakt s vnější realitou pacienta a nemusí

Tabulka 1. Srovnání některých aspektů psychoanalýzy, psychoanalytické psychoterapie, psychodynamické psychoterapie a krizové intervence

	Standardní psychoanalýza	Psychoanalytická psychoterapie	Psychodynamická psychoterapie	Krizová intervence
Indikace	řešení „oidipského fiaska“	určena také pro pacienty s ranějšími poruchami	pacienti jsou obvykle přijímáni bez většího výběru	bez výběru, subjektivní pocit krize
Význam psychiatrické diagnózy pro přijetí	nevýznamná; při analýze v „modelu založeném na důvěře“ není anamnestický rozhovor nutný	sama nepředstavuje indikaci, anamnestický rozhovor je obvyklý	sama nepředstavuje indikaci, anamnestický rozhovor je součástí racionální úvahy o léčitelnosti	představuje indikaci, součást první psychiatrické pomoci
Terapeutické cíle	rozsáhlá změna osobnosti; strukturální změna	symptomová úleva, popřípadě strukturální změna	symptomová úleva, desinhibice vývojových možností	první pomoc, definování problému; plán další péče
Přístup terapeuta	pevná neutralita	převládající neutralita	úpravy kontraktu v souvislosti s těžkostmi léčby	aktivní
Zaměření terapeuta	volně plynoucí pozornost	pozornost také vůči vnější realitě pacienta	zájem terapeuta kolísá mezi prožíváním pacienta a jeho vnější realitou	zaměření na zvládání nároků vnější reality
Regrese	volný rozvoj	terapeut hlídá úroveň regresivního ponoření	regrese není aktivně podporována	podpora jen takové regrese, která je ve službách ega
Časté téma	přenosová zkreslení a tendence k opakování	větší důraz na přítomné nevědomí	práce se strategiemi zvládání (coping)	zaměření na aktuální problém
Imaginativní obsahy	výklad snů	výklad snů	snové obsahy se vykládají s větším důrazem na realitu	okrajový význam
Převládající technika	interpretace per se nebo intuitivní interpretace	interpretace, konfrontace, klarifikace	převládají klarifikace a konfrontace	přímá podpora, aktivizace rodiny, sociální pomoc
Terapeutické uspořádání (setting)	vleže	vleže nebo „tváří v tvář“	„tváří v tvář“	„tváří v tvář“
Frekvence hodin	4 až 5x týdně	2 až 3x týdně	obvykle 1x týdně	flexibilní
Úhrada	obvykle přímá pacientem	přímá nebo třetí stranou	obvykle třetí stranou	vždy třetí stranou
Terminace	terapie s otevřeným koncem, obvykle návrh pacienta	terapie s otevřeným koncem	terapie s otevřeným koncem nebo předem limitovaný počet hodin	vždy limitovaný počet hodin, asi 5–7
Vztah k úzkosti	úzkost provokující			úzkost tišící
Specifická intervence	specifická			nespecifická

pak vědět téměř nic o tom, co se v jeho životě děje. Nebo se naopak zaměří na vnější realitu a ztrácí kontakt s přítomnými afektivními obsahy (přenosem a protipřenosem) a jejich vědomými i nevědomými částmi.

Při volbě terapie hrají často podstatnou roli nikoli potřeby pacienta, nýbrž mimoterapeutické faktory, jakými jsou ekonomická a technická dostupnost psychoterapie (územní dostupnost péče, časová náročnost, placení terapie z prostředků zdravotního pojištění ad.).

Některé rozdíly mezi psychoanalýzou, psychoanalytickou psychoterapií, psychodynamickou psychoterapií a krizovou intervencí – již je v tomto kontextu využito jako modelu časově přísně limitované intervence – shrnuje tabulka 1. Krizová intervence patří mezi postupy odvozené od psychoanalýzy, neboť je založena na možnosti včasné – byť částečné – abreakce traumatických zážitků a představuje tak využití historicky prvního analytického modelu (tzv. afekt-trauma model).

Za pozornost také stojí limitovaný význam psychiatrické diagnózy pro přijetí do psychoterapie, což bývá zdrojem nedorozumění mezi

doporučujícím lékařem a psychoterapeutem. Ačkoli všeobecně platí, že pacienti s diagnózami např. z kruhu úzkostných poruch nebo poruch přizpůsobení mají velmi nadějnou prognózu při léčení psychoterapií, v konkrétním případě je určujícím faktorem motivovanost. Někteří pacienti nejsou psychoterapeutickému léčení vůbec nakloněni, chtějí odstranit symptomy pomocí psychofarmak, nechťejí se zabývat sami sebou, ani nechťejí ve svém životě cokoliv měnit.

Přijetí pacienta se skládá ze souboru na sebe navazujících úkonů, vedoucích buď k zahájení psychodynamické psychoterapie nebo doporučení jiné formy péče (jiný druh psychoterapie, farmakoterapie, léčba závislosti na návykové látce apod.). Zároveň platí, že

rozdělení do jednotlivých kroků je víceméně umělé a sleduje především didaktické cíle (tabulka 2). V psychodynamicky vedených rozhovorech je terapeutická činnost součástí techniky, a to včetně anamnesticko-diagnostického rozhovoru. Dynamický přístup tedy úzce spojuje vytváření diagnostické skládanky a léčení. Terapeut zaujímá trvale empatické stanovisko a bere neustále v úvahu perspektivu pacienta (např. anamnéza není historicky věrnou rekonstrukcí minulosti). **Léčení v tomto smyslu předchází diagnózu** (14).

Smyslem „tahů“ zahájení je vytvořit na základě zhodnocení prvního rozhovoru a anamnestického rozhovoru vývojovou diagnózu tak, aby nedocházelo ke katastrofám, o nichž v kriticky laděném příspěvku napsal

Tabulka 2. Úkony při zahájení psychodynamické psychoterapie

Ohlášení pacienta
První rozhovor / interview (nestrukturovaný rozhovor)
Anamnestický rozhovor (strukturovaný rozhovor)
Diagnostický závěr z hlediska psychoterapie / posouzení
Dohoda o podmínkách léčení / kontrakt

Příhoda (1986): „*S „hraničními“ pacienty se zachází jako s „klasickými“ neurotiky. Tam, kde je třeba respektovat slabost ega a symbiotické potřeby, se předpokládá pouhá pudová represe (tedy oidipská problematika). Místo aby si pacienti osvojili ego-syntonií sebevládu, jsou ponoukáni k „uvolnění zábran“, k „seberealizaci“. V nejmenším se nepředpokládá, do čeho jsou vháněni, jsou-li zbavování primitivních obran a je-li jejich slabé ego vystavováno náporu infantilní pudovosti. Přitom se tomu říká „indirektivní odkrývající psychoterapie“, zatímco by se mělo uvažovat o iatrogenním poškození.“* (20). Jinými slovy řečeno: diagnostický proces musí pokud možno rozlišit, je-li např. pacientova inhibovanost způsobena neurotickým potlačením pudových potřeb (represí), nebo jedná-li se o nečinnost v rámci těžké osobnostní poruchy s četnými propady do primárně procesového myšlení (denní snění s velikášskými obsahy) a přítomností primitivních obran, jako je štěpení, projektivní identifikace, střídání idealizace a devalvace ad.

K vývoji techniky přijímání pacientů do psychoterapie

Objevy Sigmunda Freuda (1856–1939) na konci devatenáctého a na počátku dvacátého století přinesly revolučně nové možnosti porozumění lidské psychice a vyvolaly diskuzi, do jaké míry trvající dosud. Vývoj analytické techniky ovšem nebyl bez nesnází. První pacientka, jež byla léčena v předanalytickém období, je známa z literatury jako Anna O. Po více než sto letech byly publikovány detaily, původně nezveřejněné.

Jmenovala se Bertha Pappenheimová (1859–1936) a jako jednadvacetiletou, inteligentní a přitažlivou dívku ji začal léčit z těžké hysterie (podle tehdejší diagnostiky) její rodinný lékař, vídeňský internista Joseph Breuer roku 1880. Oba se znali jako lékař a pacientka a obě rodiny patřily do stejného společenského okruhu. Doktor Breuer navštěvoval pacientku každý večer doma. Ve stavu disociovaného vědomí hovořila Anna-Bertha pouze anglicky a rozhovorům říkala „léčba mluvením“ („*talking cure*“) nebo „vymetání komína“ („*chimney sweeping*“). Joseph Breuer objevil a později popsal tzv. katarzní metodu, pro jejíž provádění neexistovala žádná pravidla (dnes bychom řekli, že se jednalo o kombinaci hypnózy, abreakce a volných asociací), nemohla být proto ani uplatněna. Léčení se změnilo v erotické psychodrama a vyvrcholilo hysterickým těhotenstvím pacientky o dva roky později. V roce 1882 vyprávěl Breuer o své zkušenosti tehdy šestadvacetiletému absolventu medicíny Freudovi. Podle Brittona tak poskytnul

Sigmundu Freudovi živý materiál pro jeho pozdější teorie oidipského komplexu, identifikace, přenosu, protipřenosu, tendence k opakování, odehrávání (agování) ad. (4).

Technika psychoanalýzy se vyvíjela z lékařského modelu velmi zvolna, což mimo jiné ilustrují Freudovy Chorobopisy. Zatímco u paní Emy z N. v roce 1889 kombinoval hypnotické sugesce s masáží a navštěvoval ji v jejím sanatoriu, mladé Kateřině (před 1895) už poskytnul „krizovou intervenci“ nestárnoucího stylu (8). Během prvního desetiletí minulého století opustil hypnotickou techniku, z níž však zůstala poloha terapeuta vsedě za hlavou ležícího pacienta, ve prospěch výkladu snů a volných asociací. Ačkoli Freud nezanechal ucelený soubor pokynů pro provádění psychoanalýzy, poukazují některé práce, týkající se terapeutické techniky, na význam správného posouzení pacienta na počátku léčení, např. O psychoterapii (1905), Rady lékaři při psychoanalytické léčbě (1912), K zahájení léčby (1913) nebo Poznámky o přenosové lásce (1915) (9, 10, 11, 12). Tehdy se jednalo zejména o vyloučení pacientů s organickým postižením (neurolyses ad.) nebo s psychózou (dementia praecox podle tehdejší terminologie). Anamnézu získával Freud během úvodní části léčby, aniž by byl vázán názory třetí strany, kterou dnes představuje Mezinárodní klasifikace nemocí a požadavky systému zdravotního pojištění.

V roce 1920 byla zahájena výuka v berlínském psychoanalytickém institutu, kde byli pacienti přijímáni na zkoušku, aby byla nejprve posouzena jejich „analyzovatelnost“. Příčiny podrobnějšího posuzování zájemců o léčení byly komplexní: nejen větší zájem o léčení psychoanalýzou ze strany veřejnosti, ale také výukové a vědecké důvody. Vzhledem k tomu, že se zájem psychoanalytiků rozšiřoval mimo oblast neuróz, totiž na osobnostní poruchy a psychózy, docházelo také k diferenciaci úkonů na počátku léčby (7).

V klasických příručkách analytické techniky není prvnímu rozhovoru věnována podrobnější pozornost. Fromm-Reichmannová (1950) nebo Menninger (1958) hovořili pouze o interview (13, 19). Zřejmě se předpokládala základní informovanost o psychoanalýze a motivovanost pacienta, daná také ekonomickou stránkou: dlouhou a poměrně nákladnou léčbu si hradil sám. Zavedení možnosti hrazení psychoterapie ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, což je aktuální i pro naši nynější situaci, vedlo k prohloubení zájmu o vstupní procedury (1, 24).

Ohlášení pacienta

Pacient se do psychoterapie obvykle ohlásí telefonicky, někdy také prostřednictvím do-

pisu nebo elektronické pošty. Ačkoli se navázání prvního kontaktu jeví jako nejjednodušší část přijetí, na straně pacienta předchází často dlouhé období zvažování, jestli má, nebo nemá vstoupit do léčby právě u tohoto psychotherapeuta. V tomto nejasném a někdy zřejmě dosti dlouhém období se rozvíjejí představy o terapeutovi a budoucí pacient také shromažďuje informace.

Všeobecně platí, že pacienti mají o terapeutech více znalostí než se předpokládá, nejen o odborné pověsti, nýbrž také o soukromí. Požadavek *anonymity* psychotherapeuta má dnes příchutí analytického mýtu (terapeut o sobě mnoho sděluje svým chováním a prostředím pracovního), přesto se vyplatí jej respektovat. Prakticky to znamená nepřijímat do terapie osoby z okruhu rodiny nebo známých, stejně jako další zájemce, kde vztah mezi budoucím pacientem a terapeutem vznikl v jiném než terapeutickém kontextu (spolužáci, spolupracovníci, dodavatelé služeb apod.).

Ačkoli dnes každý ví, že k odbornému lékaři či ke klinickému psychologovi je nutno se objednat předem, někteří zájemci o psychoterapii nesnesou nejistotu čekání mezi prvním kontaktem a setkáním. Přicházejí přímo a vztah se pak může vyvíjet překotně vzhledem k tomu, že není dodržen standardní postup.

Délka časového intervalu mezi ohlášením se pacienta a jeho přijetím k prvnímu rozhovoru specificky ovlivňuje klientelu. Činí-li prodleva i několik týdnů, lze očekávat, že se část objednaných pacientů vůbec nedostaví, a že ti, kteří přece jen přijdou, budou plni zklamání nebo (ne)vědomého odporu.

První rozhovor

Za podcenění významu, nesoustředěnost, popřípadě za chyby v prvním rozhovoru se platí vysoká cena během terapie, a to vyšší než si méně zkušený terapeut může uvědomit. Od prvních okamžiků platí, že psychoterapie je (stejně jako jiné postupy v neakutní medicíně), účinná prostřednictvím vztahu (15, 16, 23).

První rozhovor se koná na místě a v čase dohodnutém při ohlášení. Je poznamenán nejistotou stran průběhu a je na terapeutovi, aby poskytl předem důležité informace, zejména o délce rozhovoru.

První rozhovor s novým zájemcem o terapii představuje vysoce náročnou, vzájemně stresující a úzkost na obou stranách vyvolávající situaci. Budoucí pacient si na základě telefonického rozhovoru vytvořil již vědomou i nevědomou představu o terapeutovi a také terapeut očekává nového pacienta s napětím. Úzkost z neznámého a pudová zvědavost jsou oboustranné. Obě strany za sebou mají víceméně složitou osobní historii. Průběh interview

modifikuje i profesní situace terapeuta, závislá na úrovni jeho vycviku, zkušenosti, vytíženosti praxe a osobní situaci, která se **volens nolens** odráží také v jeho nevědomém nastavení a flexibilitě.

Zatímco psychiatrické vyšetření je postaveno na předpokladu, že účastník rozhovoru něco ví a otázkami se má zjistit, co je v jeho vědomí, první rozhovor je založen na opačném předpokladu. **Terapeut v psychodynamické nebo analyticky poučené psychoterapii hledá informace, které pacient neví.** V tomto smyslu se první interview podobá projektivním psychodiagnostickým technikám, např. Rorschachovu testu (Hermann Rorschach, 1921) nebo Tematickému apercepčnímu testu (Harry Murray a Christiana D. Morganová, 1936).

Nikdo si nemůže být průběhem a výsledkem prvního interview předem jistý, neboť zejména do individuální soukromé praxe přicházejí nejružnější pacienti se svými nemocemi, stížnostmi a představami. První rozhovor je také zkouškou flexibility terapeuta, který techniku vedení rozhovoru adaptuje na potřeby konkrétního pacienta. Jedná se o pohyb na tenkém ledě, protože nesmí být znehodnoceno to, co účastník rozhovoru ví a co může sdělit. Úlohou terapeuta je pozorovat interakce, které první rozhovor zplodí: chování, neverbální komunikaci a konečně nikoli na posledním místě vlastní protipřenosové pocity. Terapeut je co nejméně aktivní a iniciativu přenechává pacientovi. Zároveň platí, že vhodně položená otázka může pomoci.

Kazuistický zlomek: Slečna E je atraktivní, inteligentní a společenská adolescentka, plně ve víru zmatků tohoto období. Ucházela se o přijetí do psychoterapie pro epizody depresivních rozlad, experimentování s alkoholem a drogami, školní problémy a nespecifické pocity životní prázdnoty. Léta dětství, celou pubertu a ranou adolescenci prožila v prostředí vrcholového sportu, v němž byla úspěšná, ale kterého ze dne na den zanechala. Od té doby se táhnou její problémy: neví si rady s volným časem, byla zvyklá na vnější řízení (tréninky, závody). Mimo jiné si v prvním rozhovoru stěžovala, že má vztah s vrstevníkem, kterého má ráda, ale bývá mu nevěrná. Na diskotékách se seznamuje s mladíky a mnohdy tentýž večer prožije sexuální dobrodružství.

Terapeut: „**Jak se bráníte proti tomu, abyste byla svému chlapci nevěrná?**“

Pacientka (bez rozmyšlení): „**Nijak.**“

Otázka zjišťuje kapacitu slečny E zvažovat protichůdné motivy (sexuální vzrušení pocházející z id proti požadavku věrnosti pocházející z ego-ideálu jako součásti superega). Slečna E sděluje, aniž by si toho byla vědoma, že její impulzivita je ego-syntonní.

První rozhovor v psychodynamické psychoterapii je tedy definován: **cílem** (rozhodnout, jestli bude, nebo nebude s tímto zájemcem prováděna psychoterapie) a **metodou** (terapeut se snaží účastnit, jak nejméně je to možné, aby vytvořil prostor pro druhého účastníka rozhovoru a jeho reakce a poskytl mu co nejvíce svobody projevu) (6, 7).

Nízká úroveň aktivity terapeuta neznamená chlad, pasivitu nebo úplnou nezájemnost, ale spočívá v přenechání iniciativy druhému: terapeut je v prvním setkání v pozici **zúčastněného pozorovatele**. Za těchto okolností se vyhýbá naléhavosti, stará se o to, aby rozhovor nepřešel ve výslech, neposkytuje podporu ani útěchu, vystříhá se otevřeného vyjadřování sympatií, nesdíluje vlastní mínění a nemluví o sobě. Takovými aktivitami by podrýval smysl rozhovoru, který by se snadno zvrhнул v běžnou konverzaci.

Základním úkolem prvního rozhovoru je svobodné vyjádření mentálních procesů a stavů pacienta, čehož nelze nikdy dosáhnout ve formálním rámci otázek a odpovědí.

Mezi zájemci o psychoterapii se objevují motivovaní a informovaní lidé, kteří přicházejí k prvnímu rozhovoru s konkrétním požadavkem, co by chtěli vyřešit. Vedle toho se vyskytuje několik typických a v nejrůznějších modifikacích a souvislostech se opakujících problémových konstelací či typů:

Odeslaný nebo podstrčený pacient nepřichází z vlastní iniciativy, ale na nátlak nějaké třetí strany (lékař, rodiče, partner, zaměstnavatel apod.). Někdy iniciátor péče telefonuje, aby pacienta objednal. Vědomá motivace takového pacienta je přirozeně slabá, tu a tam (např. u adolescentů) ochota k rozhovoru úplně chybí. Někdy je vědomá nemotivovanost tak silná, že z hlediska ošetřujícího psychiatra správně vybraný pacient nesouhlasí s psychoterapií prostě proto, že rozhodnutí „nepochází z jeho hlavy“. Jindy stačí poskytnout dostatek pozornosti a času, aby pacient mohl hovořit, o čem sám chce, a pak se ukáže vysoká potřeba navázání vztahu. Někdy může být pacient obětí specifické rodinné konstelace, v jejímž důsledku byl označen za nemocného. V tomto směru se podobá dětským pacientům, kteří jsou často nejvýraznějšími nositeli rodinné patologie.

Náročný pacient má bohatou anamnézu terapeutických pokusů a vysoké nároky na kvalifikaci anebo odbornou pověst terapeuta, což kontrastuje s nedostatečným osobním nasazením. O terapii usiluje, ale pak přijde pozdě na první interview a při plánování další konzultace se zjistí, že má tolik jiných zájmů a povinností, že vlastně nemůže přijít. Za vysokými nároky se skrývá chudoba vztahové reality a většinou narcistická problematika. Typu dominuje nespokojenost, dramatická

anamnéza, mnohoznačné líčení symptomů, které ale nevyvolává přiměřenou účast, naopak spíše podněcuje k odmítání. Takovým pacientům chybí nejen empatie, ale mnohdy i společenský takt.

Nevýrazný pacient trpí obvykle funkčním syndromy (zácpou, dráždivým tračníkem, bolestmi zad apod.). Má za sebou mnohdy excesivní diagnostické a terapeutické pokusy s negativními výsledky a bývá v různém rozsahu iatrogenizován. Celá problematika je izolována do symptomu. Pacientovi zcela chybí představa o souvislostech mezi příznakem a psychickým životem. Chování při prvním interview bývá nudné, nevýrazné a nezajímavé. Svádí k zanedbávání nebo odmítnutí.

„Informovaný“ pacient má rozsáhlé znalosti, vysokou intelektuální výkonnost, nebo ji předstírá či po ní alespoň touží. Terapii vyhledává kvůli touze po dokonalosti. Takoví pacienti mají za sebou často dlouhé psychoterapeutické pokusy s pro ně málo uspokojivými výsledky. Pokud do terapie vstoupí, očekávají, že terapeut bude uspokojovat jejich intelektuální představy. Protože berou terapii vážně, jsou někteří nakonec ochotni akceptovat, že nedojde k „přešetření“ jejich narcismu, a pak snesou bolestný pád do normálního života (např. záměnu „deprese“ za smutek) (1).

Naivní pacient přichází s tím, že neví, co má očekávat, nemá představu, co je psychoterapie. Při prvním interview se chová tak, jako kdyby nevěděl, že předmětem konzultace je jeho (duševní) zdraví, jeho problémy a otázka, zda-li potřebuje zvláštní léčení, jímž je psychoterapie. Bývá to člověk jinak adaptovaný a kulturně zdatný. Jeho naivní postoj může ostře kontrastovat se skutečností, že prodělal nějaký psychoterapeutický pokus, např. v rámci hospitalizace. Dokáže pak popisovat skupinovou psychoterapii nebo režim terapeutické komunity na příslušném oddělení tak groteskně, jako kdyby vůbec nechápal jejich smysl. Jedná se o provokativní postoj, kdy se pokouší zvládnout úzkost z prvního interview na základě převrácení rolí (snaha přinutit terapeuta k vysvětlování), popřípadě testuje jeho intruzivnost. Pokud do terapie vstoupí, mívá problémy s udržováním terapeutického uspořádání (settingu), navrhuje změny rozvrhu nebo setkání mimo ordinaci.

Pěči odmítající pacient se vyznačuje nerealistickými očekáváními okamžité úlevy dlouhodobého (letitého) dyskomfortu. Vzhledem k tomu, že psychoterapie vyžaduje neredukovatelné množství času, je opakovaně zklamáván. Obvykle po relativně krátké době přeruší terapii a hledá někoho, kdo by mu „lépe seděl“. Někdy vyvolává protipřenosové fantazie o záchraně, jindy hněv. Předchozí terapeutu devaluje, nynějšího idealizuje.

Tabulka 3. Indikace expresivního nebo suportivního přístupu v psychoterapii (14)

Expresivní	Suportivní
silná motivace porozumět	závažné poruchy ega chronické povahy
závažné utrpení	těžká životní krize
schopnost regrese ve službách ega	nízká schopnost snášet úzkost
schopnost snášet frustraci	malá schopnost snášet frustraci
schopnost vzhledu (psychologické chtění)	nedostatek psychologického chtění, nechuť přemýšlet o sobě
nedotčené testování reality	slabá schopnost testování reality
smysluplné objektivní vztahy	vážně narušené objektivní vztahy
dobré ovládání impulzů	slabá schopnost ovládání impulzů
schopnost udržet si práci	nízká inteligence
schopnost přemýšlet v analogiích a metaforách	nízká schopnost sebezpozorování
přemýšlivé odpovědi na zkusmé interpretace	kognitivní dysfunkce organického původu slabá schopnost vytvářet terapeutickou alianci

V pozadí jeho ničivého chování bývá závist (nevědomé přání zničit vše dobré, co by mu mohl terapeut poskytnout), která je součástí komplexní narcistické nebo hraniční psychopatologie.

První rozhovor představuje také první příležitost pro zavedení terapeutické kultury, jejímž nositelem je jednoznačně terapeut. Nelze poskytnout úplný souhrn pravidel pro vedení prvního rozhovoru, neboť se vždy jedná o společný výtvar obou účastníků. Někdy pomůže otázka, pokud možno jednoduchá, lehké pokývnutí hlavou, přátelský výraz apod. Srozumitelné chování terapeuta je nejen logické (pacient přišel kvůli konzultaci duševního zdraví), ale také humánní.

Pro těžce poškozené pacienty s diagnózou hraniční poruchy osobnosti existují podrobně propracované návody pro vedení strukturovaných rozhovorů, neboť tito pacienti v situaci nestrukturovaného prvního interview zhusta úplně selhávají (5, 21). Již na konci prvního rozhovoru bývá obvykle jasné, je-li pacient vhodný pro krizovou intervenci či suportivní psychoterapii, nebo jestli snese úzkost provokující psychodynamickou psychoterapii s jejími expresivními nároky (tabulka 3).

Anamnestický rozhovor

Zatímco v psychoanalýze může být za určitých okolností anamnestický rozhovor považován za nadbytečný, protože přispívá k převaze analytika nad pacientem (ovšem s vyhlídkou čtyř nebo pěti hodin společné práce týdně po několik roků), v psychoterapii, zvláště je-li prováděna pouze jedenkrát týdně, se jeví jako nezbytný nejen kvůli nutnosti stanovit standardizovanou diagnózu, ale také z důvodu orientace terapeuta v životní realitě pacienta.

První rozhovor představuje nestrukturovanou situaci, zatímco získání anamnestických údajů je situací strukturovanou. Při studiu literatury, která se zabývá tímto pomezím

medicíny a psychoterapie z různých hledisek, je třeba brát v úvahu rozdíly mezi národními medicínskými tradicemi (15). Také v případě anamnestického rozhovoru nelze podat úplný a vyčerpávající návod, jak postupovat, protože každý rozhovor je jiný, a také každý terapeut si buduje vlastní styl vedení rozhovoru.

Aktuální přítomná situace (odpovídající anamnéze nynějšího onemocnění), jež je v pozadí vyhledání psychoterapie – symptomy, životní události, dlouhodobé deficity ve vztazích, aktuální konflikty nebo ztráty – byla jistě zmíněna v prvním rozhovoru. Biografická anamnéza je obvykle snímána od přítomnosti do minulosti, jakkoli při formulaci nálezu postupujeme chronologicky.

Terapeut potřebuje pro vyhodnocení anamnestického rozhovoru teoretické zázemí, aby mohl konstruovat hypotézy o souvislostech mezi dětskými zážitky a konstelací původní (primární) rodiny na jedné straně a nynějšími problémy a symptomy na straně druhé (identifikace nebo desidentifikace s rodiči, tendence k opakování aj.).

Nezbytným požadavkem na straně terapeuta je schopnost rozpoznat význam alespoň základních traumatických okolností rané anamnézy, např. opakované hospitalizace, střídání pečujících osob a další zdroje (sub)deprivace, opakované stěhování v dětství, domácí násilí, perzekuční výchovný styl, společná ložnice s rodiči a další zdroje problémů v sexuální vývoji. Pacienti si často nejsou vzdálených následků traumatizace vědomi, a to ani v případech týrání anebo zneužívání (bití, rituály kolem trestů, odírání vztahu, emocionální a sexuální zneužívání). Důležité místo má správné posouzení toho, jak pacient řešil oedipický konflikt a na základě jakého modelu volil životního partnera (6). Správné posouzení anamnestických údajů vyžaduje nejen znalost psychopatologie konfliktu a teorie osobnosti a její struktury, ale také schopnost

Tabulka 4: Schéma souhrnu prvního interview a anamnestického rozhovoru (2)

A.	Jak se k nám pacient dostal?
	1. Kým byl doporučen a proč? 2. Jak byl dříve léčen a s jakým úspěchem? 3. Postoj pacienta k dosavadním léčbám a terapeutům? 4. a) bez vzhledu, b) s vzhledem
B.	Celkový dojem
C.	Udávané potíže
	1. Nynější potíže 2. Anamnéza potíží 3. Vlastní teorie pacienta o psychogenní povaze potíží 4. Výchozí situace (dojem vyšetřujícího) 5. Emoční postoj pacienta k potížím 6. Naléhavost stížností 7. Sekundární zisk z nemoci
D.	Biografická data
	Rodinná anamnéza Osobní anamnéza Rané dětství Školní vzdělání Pracovní anamnéza Vojenská služba / konflikty s řády, zákony partnerské vztahy, manželství, rodičovství Sebehodnocení Zájmy Vášně (jídlo, kouření, alkohol, drogy, sex) Tělesné choroby a jejich význam Nynější onemocnění Objektivní nález
E.	Nynější situace
	1. Jaký obraz má pacient o sobě? 2. Jaký obraz má pacient o ostatních důležitých vztahových osobách? 3. Představy o budoucnosti?
F.	Jak se vyvíjí vztah mezi pacientem a terapeutem?
	1. Přenos: jak se pacient zabývá terapeutem? 2. Protipřenos: jak se terapeut zabývá pacientem?
G.	Důležité momenty rozhovoru
	1. Kdy se objevily výrazy pocitů (očekávané nebo neočekávané)? 2. Jak se cítí pacient v situaci rozhovoru? Chování svědčící o vzhledu a obranách? Příznaky při interview? 3. Důležité poznámky pacienta 4. Poznámky vyšetřujícího a reakce pacienta
H.	Výsledky a závěry
	1. Stále objektivní vztahy? 2. Funkčnost ega (stupeň ohraničenosti ega) 3. Schopnost rozlišování emocí (diferencovanost) 4. Inteligence 5. Schopnost vzhledu 6. Terapeutická iluze (představa pacienta o výsledku)
I.	Diagnóza: význam poruchy psychodynamicky vyjádřený
J.	Léčebný souhrn (indikace nebo kontraindikace pro psychoterapii)
K.	Věcný návrh terapie
L.	Prognóza?

střídat teoretické modely, neboť psychoterapii stále častěji vyhledávají pacienti s osobnostními poruchami a raným poškozením, vyžadující jiný teoretický aparát a terapeutický přístup než pacienti neurotičtí (problematické nedominuje konflikt jako u neurozy, ale strukturální deficit).

Kvalitativní rozdíl mezi běžným psychiatrickým vyšetřením a anamnestickým rozhovorem v psychoterapii spočívá v zájmu psycho-terapeuta o vztah mezi účastníky rozhovoru, který se v rámci opakovaného setkání rozvíjí a jenž představuje důležitou součást úvah o léčitelnosti konkrétního pacienta.

Mimořádný význam v tomto směru má Tavistocké schéma publikované počátkem 60. let dvacátého století Michaellem a Enidou Balintovými (2), později různě modifikované a ovlivňující řadu autorů zejména pro důraz na vztah mezi pacientem a lékařem (15, 24) (tabulka 4). Ačkoli je vyšetření podle tohoto schématu pracné, vytváří spolehlivý klinický základ zejména při posuzování těžce poškozených pacientů se závažnými poruchami, jakými jsou např. somatoformní nebo psychosomatické problémy. Tavistocké schéma se sice v některých položkách překrývá s běžným klinickým vyšetřením (celkový dojem, biografická data), psychiatrické vyšetření však přesahuje právě důrazem na význam vztahové oblasti.

Posouzení léčitelnosti

Jen v omezeném množství případů lze s jistotou konstatovat, že psychoterapie pacientovi nemůže přinést prospěch.

Jasnou kontraindikaci představuje násilné chování pacienta nebo vyhledání psychoterapie pod tlakem vnějších okolností, jaké představuje např. trestní stíhání pro úmyslný trestný čin. Diagnóza asociální poruchy osobnosti je nesnadná a rysy mohou zůstat nerozeznány přesto, že psychopatický jedinec útočí na psychoterapeutická paradigma (18).

V mnoha dalších případech vyžaduje přijetí do psychoterapie značnou zdrženlivost na straně terapeuta, aby nevzbuzoval nerealistická očekávání a nesplnitelné naděje. Např. po několika letech plného invalidního důchodu z psychiatrické indikace bývá návrat do zaměstnání krajně nejistý. Podobně není na místě vzbuzovat v bezdětné ženě po čtyřicítce, která má velké problémy s navazováním vztahů s muži a trpí inhibicemi v sexuální oblasti, naděje na vytvoření rodiny s vlastními dětmi. Psychoterapeut by se za žádných okolností neměl stylizovat do role posledního zachránce a filantropa, který se pro pacienta obětuje.

Posouzení léčitelnosti znamená také kritické porovnání úrovně vlastních dovedností s potřebami konkrétního pacienta. Např. u pa-

Tabulka 5. Některé protipřenosové reakce (13)

Protipřenosový pocit, postoj nebo nápad terapeuta	Možný symptom pacienta
hněv	manipulace
nuda	nezájem o vztah
bránění se	hněv, nepřátelství
bezmocnost	bezmocnost
„přihřívání“ narcismu	idealizace
fantazie o záchraně	závislost
sexuální vzrušení	svádílost, promiskuita
nevíra; koluze, že „není tak zlý / zlá“	historie asociálního chování

ciéntů s těžkými osobnostními poruchami typu hraniční nebo narcistické poruchy osobnosti nelze očekávat efekt v rámci krátkodobé nebo časově předem limitované psychoterapie. Naopak se dá počítat s dlouhou a dramatickou terapií spojenou s četnými zvraty a nejistým výsledkem, která bude klást vysoké nároky na osobní zralost a stabilitu i na úroveň výcviku a znalostí terapeuta. Psychoterapeut by měl být schopen závčas rozpoznat, že s konkrétním pacientem není schopen pracovat z osobních důvodů, a v takovém případě ho doporučit k některému důvěryhodnému kolegovi.

Důležitým zdrojem informací a vodítkem posouzení léčitelnosti, nejednou s vysokým prediktivním významem, jsou protipřenosové pocity (tabulka 5). Schopnost naučit se zacházet s protipřenosem je závislá na úrovni výcviku terapeuta.

Dohoda o provádění terapie

Zatímco v psychoanalýze je tzv. **kontrakt** předmětem obsáhlých návodů (7), v psychoterapii bývá tato oblast zanedbávána. Skutečnost, že dohoda o léčení je uzavřena ústně, je výrazem důvěry, která představuje základ terapeutické kultury.

Při formulování dohody o provádění terapie dochází také na otázky (některých pacientů) týkající se terapeutické techniky, v čem vlastně bude společná práce spočívat. Na jedné straně má pacient právo na přiměřené objasnění terapeutické techniky, podobně jako v případě jiných léčebných úkonů, na druhou stranu bývá podrobnější dotazování výrazem nevědomého odporu a vyjadřuje sklon obracet pasivní v aktivní. Každý psychoterapeut si vytváří vlastní styl poučení pacienta, které by mělo být co nejstručnější a nejsrozumitelnější.

Dohoda o léčení představuje oboustranný závazek, přičemž obě strany nemají úplně stejná práva. Zatímco pacient má právo od dohody odstoupit kdykoli, odstoupení psychoterapeuta po uzavření kontraktu by mělo být neobvyklým a krajním opatřením. Stejně tak pacient v hodinách bude mluvit o sobě a má úplnou svobodu slova, zatímco psychoterapeut může přistoupit k sebeodhacení výjimečně a jen pokud to bu-

de považovat za přínosné pro léčbu. I když to obvykle není nutné zdůrazňovat, předpokládá se, že pacient nebude v terapeutické hodině jíst, pít, kouřit nebo telefonovat. Tyto a další nevyjmenované (a prakticky nevyjmenovatelné) podmínky je třeba formulovat jako doporučení, nikoli jako příkazy nebo zákazy, které by znamenaly, že psychoterapeut ve vnější realitě odehrává (**aguje**) pacientovo přísné, avšak zároveň velmi často dysfunkční superego.

Pokud nemá terapeut asistentku, je často nezbytností – byť problematickou – přijímat telefonní hovory během práce s pacientem. Pacient by ale rozhodně neměl být svědkem soukromých rozhovorů. Zároveň je třeba respektovat, že vnější realita může do terapeutické hodiny vpadnout (události v domě, na ulici, doručování pošty apod.); ordinaci nelze od vnějšího světa izolovat. Takové „vpády“ se mohou stát stejně dobrým obsahem psychoterapie jako jakékoli jiné aktuální podněty.

Jednou ze základních položek dohody o provádění terapie je placení. Nastavení podmínek při přímém placení je pochopitelně jiné než při placení třetí stranou (zdravotní pojišťovnou). I tak by měl pacient vědět, že léčení není zadarmo.

Jinou důležitou součástí dohody je stanovení délky jednotlivé hodiny (obvykle v rozmezí 45 až 60 minut) a rozvrhu, stejně jako zformulování, jedná-li se o krátkodobou terapii s předem stanoveným počtem hodin, nebo o terapii s otevřeným koncem, která bude vyžadovat několik roků společné práce.

Patří k prosazování terapeutické kultury, že terapeut dodržuje vlastní pravidla (dodržování, dodržování úmluv). Terapeut by měl také předem oznamovat své plánované nepřítomnosti, aby pacient nebyl jeho náhlou nepřítomností zaskočen. Neplánované vybočení z fungujícího rámce se může stát zdrojem dramatických situací v psychoterapii. Stále je třeba mít na mysli, že léčebné ovlivnění se děje na základě schopnosti pacienta upadnout do regresivního stavu (ať už je tento stav interpretován nebo ne). Prudké změny terapeutického uspořádání (settingu) a dohodnutých pravidel (kontraktu) mohou

vážně narušit pacientovu psychickou rovnováhu i důvěru v terapeutickou alianci.

Závěr

Soubor úkonů, předcházejících přijetí pacienta do psychodynamické psychoterapie, je plně v režii terapeuta, ovšem představy pacienta a terapeuta o tom, v čem taková režie spočívá, se mohou velmi výrazně lišit – asi tak, jako se liší první interview od vyšetření u praktického lékaře nebo internisty. Zatímco při lékařském vyšetření se zjišťuje, co pacient ví, v rámci prvního rozhovoru je prioritní zájem terapeuta o to, co pacient neví, aniž by to znamenalo znehodnocení vědomých nebo objektivních informací. Skládanka psychodynamické diagnózy, která je výsledkem tohoto procesu, má smysl jen tehdy, je-li psychoterapeut identifikován s teorií, že minulost se opakuje v přítomnosti (tendence k opakování). Pak se také vztahové pole mezi pacientem a terapeutem (přenos a protipřenos) stane nedocenitelným zdrojem poznání myslí pacienta a také sebeporozumění terapeuta.

Posouzení léčitelnosti s pozitivním závěrem znamená přijetí pacienta do léčby a zformulování dohody o tom, za jakých podmínek se bude terapie uskutečňovat.

Od prvních okamžiků prvního setkání (a v myslích obou stran ještě před tím) se rozvíjí vztah, který terapeut aktivně podporuje tím, že pacienta přijímá bez předpojatosti takového, jaký je. Poskytuje hodnotu tomu, že se jedná o neopakovatelnou osobu s neopakovatelnými problémy, která nepotřebuje povrchní povzbuzování nebo „psychologické

almužny“ („*Hlavu vzhůru, to bude zase dobré.*“). Prakticky to znamená přijmout skutečnost, že pacient trpí.

Pacient a psychoterapeut se na začátku léčby stávají vzájemně součástí svých životů

s tím, že jejich setkávání bude trvat omezenou dobu. V tomto smyslu obsahují kroky zahájení psychodynamické psychoterapie již prvotní zárodek pozdějšího ukončení jejich vztahu.

Literatura

1. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1992. 5. vydání. 112 s. Slovenské vydání: Trenčín: Vydavateľstvo F 1998. 82 s.
2. Balint M. Balint E. Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern: H. Huber 1962.
3. Blanck G. Blanck R. Ego-psychologie: theorie a praxe. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1992; 205 s.
4. Britton R. Getting in on the act: the hysterical solution. Int J Psychoanal 80: 1999, 1, 1-14.
5. Clarkin JF Yeomans FE Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. J. Wiley a. Sons, New York 1999: 390 s.
6. Dührssen A. Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1981. Slovenské vydání Trenčín: Vydavateľstvo F: 1998, 94 s.
7. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac Books 1999: 28-73.
8. Freud S. Chorobopisy. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1892-1899. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000: 1, 87-197.
9. Freud S. O psychoterapii. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1904-1905. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000: 5, 15-26.
10. Freud S. Rady lékařů při psychoanalytické léčbě. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1909-1913. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997: 8, 311-321.
11. Freud S. K zahájení léčby. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1909-1913. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997: 8, 375-394.
12. Freud S. Poznámky o přenosové lásce. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Spisy z let 1913-1917. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997: 10, 263-275.
13. Fromm-Reichmannová F. Principy intenzivní psychoterapie. Praha: Triton 2003. 214 s.
14. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press 2000: 597 s.
15. Hahn P. Ärztliche Propädeutik. Gespräch, Anamnese, Interview. Berlin: Springer 1988: 387 s.
16. Joraschky P Arnold S. Unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie. Nervenheilkunde 1992; 11: 146-152.
17. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. Int J Psychoanal 1999; 80: 1075-1091. Česká verze: Revue Psychoanalytická psychoterapie 2003; 5: 4-18.
18. Klimpl P. Asociální osobnostní rysy: trojský kůň ambulantní psychoterapie. Psychiatrie pro praxi 5, 2004; 5, 253-256.
19. Menninger K. Theory of psychoanalytic technique. New York: Basic Books 1961. 206 s.
20. Příhoda P. Otto F. Kernberg o vztahu psychoanalýzy a psychoterapie. In: Vymětal J. (ed.) Vztahovost, vztah a psychoterapie. Psychoterapeutické sešity č. 17. Praha: Kabinet psychoterapie 1986: 47-60.
21. Rohde-Dachser Ch. Das Borderline-Syndrom. H. Huber, Bern 2000: 267 s.
22. Sifneos PE. Kurzpsychotherapie und Krisenintervention. In: Freedmann AM Kaplan HI Sadock BJ Peters UH. Schizophrenie, affektive Erkrankungen, Verlust und Trauer. Stuttgart: G. Thieme 1984; s. 537-551.
23. Tasman A. The doctor-patient relationship and psychotherapeutic approaches in pharmacotherapy – improving treatment effectiveness. Psychiatrie 5, 2001; 3, 144-150.
24. Thomá H Kächele H. Psychoanalytická praxe. 1. Teorie. Hradec Králové: MACH 1993: 394 s.