

Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii

MUDr. Kateřina Faixová

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Fokus Praha

Článek shrnuje základní principy rogersovské psychoterapie s důrazem na odlišnosti vůči jiným psychotherapeutickým školám a na předsudky, které kolem tohoto směru kolují. Dále se zaměřuje na možnost psychotherapeutické práce s pacienty se závažným duševním onemocněním prostřednictvím metody vycházející z rogersovské filosofie – tzv. preterapie. V poslední části jsou uvedeny 2 kazuistiky s ukázkami terapeutických interview jako ilustrace tohoto přístupu v praxi.

Klíčová slova: fenomenologie, symbolizace self, inkongruence, empatie, aktualizací tendence, psychologický kontakt, preterapie, kontaktní reflexe.

Person Centered Psychotherapy and Pre-Therapy – The application in psychiatry

This article summarizes the basic principles of Person Centered Psychotherapy introduced by Carl Rogers with an emphasis on the differences in relation with other psychotherapeutic schools, and prejudices that reflect this therapy. Furthermore, it focuses on the possibility concerning the psychotherapy with patients with severe mental illness resulting from method which is based on Roger's philosophy – The Pre-Therapy. The last section provides two case studies to illustrate this approach in practice, with examples of therapeutic interviews.

Key words: phenomenology, self-symbolization, incongruence, empathy, actualizing tendency, psychological contact, pre-therapy, contact work.

Psychiatr. praxi 2014; 15(1): 35–38

Vymezení PCA, srovnání s jinými směry

Rogersovská psychoterapie, jak ji u nás nazýváme podle jejího zakladatele Carla Rogerse, se řadí mezi humanistické psychoterapie. V současnosti se pro tento směr používá nejvíce termín „přístup zaměřený na člověka“ PCA (Person-Centered Approach). Jedinečnost tohoto přístupu je v zaměření se na klienta jako aktivního činitele změn, oproti jiným směům (analytickým či behaviorálním) zaměřených na symptomy a řešení problémů. Úkolem PCA terapeuta je pomoci klientovi nacházet jeho vlastní směr a facilitovat jeho proces změny (1).

PCA filosoficky navazuje na fenomenologii, jejíž podstatou je důraz na prožívání člověka a subjektivní zkušenost. Zdůrazňuje ústřední význam klientova fenomenologického světa – označovaný jako vnitřní vztahový či referenční rámec. Chceme-li porozumět, proč daný jedinec myslí, cítí a jedná tím kterým způsobem, musíme proniknout do světa jeho osobních významů – být **empatický** (2). Mnoho terapeutických systémů považuje empatické uchopení klientova světa pouze za úvodní krok ke skutečné práci terapeuta. Pro tyto terapeuty je přiblížení se k pochopení klientova fenomenálního univerza spíš sejmutím anamnézy, prvním krokem. Avšak cílem PCA terapeuta je **zůstat** v tomto **fenomenálním univerzu** po celý průběh terapie s vědomím toho, že vykočení z tohoto vzta-

hového rámce, aby podal externí interpretaci, radu, navrhoval, posuzoval či jen utěšoval, jen omezuje terapeutické zisky (3).

PCA pracuje zejména s jedinečnými prožitky člověka a s pojmem **aktualizační tendence**, kterou chápe jako přirozenou vlastnost každého organismu k optimálnímu růstu a rozvoji. Nevěnuje proto záměrnou pozornost anamnéze a etiologii poruchy (4). V přístupu k osobnosti pak pracuje s pojmem **self-conceptu (sebepečetí)** jako centrem, kolem kterého se uspořádávají všechny zážitky. Ty jsou vnímané a hodnocené podle toho, jaký význam a relevanci nesou ve vztahu k **self** („Já“). Vnímání hodnoty mohou být prožívané přímo organismem (tzv. organismické zážitky), ale mohou být též hodnotami a postoji převzatými nebo introjikanými od druhých. Zážitky, které nemohou být přijaté (**symbolizované**) do sebepečetí, mohou vést k psychické tenzi (**inkongruenci**) nebo k chování nekonzistentnímu se self (3). Člověk může tyto nekonzistentní zážitky vnímat jako ohrožující a může je odmítnout, popřít nebo zkreslit, protože brání své self a sebepečetí. Dobře přizpůsobená osobnost je schopná asimilovat do svého self veškeré své prožitky v původní, nezkreslené podobě. Naopak patologická osobnost je **inkongruentní** – prožitky bývají vytěsňeny či vnímány zkresleně, čímž je zkresleno i uvědomované self.

V terapeutickém vztahu, který vychází z postulátů PCA, se jedinec učí nezkreslené symbolizaci a zvyšuje se tak jeho vědomí. Na základě nového způsobu vnímání může lépe rozeznávat

své pocity od pocitů introjikaných. Za určitých podmínek, mezi které patří především úplná **absence jakéhokoliv ohrožení sebepečetí**, se mohou nekonzistentní zážitky vnímat, zkoumat, a sebepečetí se může revidovat, aby zahrnuo i tyto zážitky. K psychické integritě tedy dochází, pokud je pojetí **self kongruentní se všemi zážitky organismu**. V podmínkách, že self nevnímá ohrožení, mohou být všechny zážitky zhodnocené a asimilované do sebepečetí a mohou vést k jeho změně a rozvoji. Právě tyto podmínky umožňující trvalou změnu osobnosti, může poskytnout PCA.

Základní podmínky terapeutické změny

Vůbec základní předpoklad pro jakoukoliv terapeutickou práci, nejen v PCA, je podmínka **psychologického kontaktu**. Narážíme zde na klienty, kteří v důsledku organického či psychotického postižení tohoto kontaktu nejsou schopni. Možnost navázání kontaktu i u těchto pacientů umožňuje preterapie. Mezi další podmínky, které C. Rogers formuloval jako nezbytné a dostačující podmínky terapeutické změny patří:

1. **Bezpodmínečné přijetí** – akceptace klienta bez jakýchkoliv hodnotících soudů, které mu umožní setkat se všemi svými pocity, zážitky a myšlenkami, ať už jsou jakkoliv negativní či ohrožující. Terapeut akceptuje nejen jedincovu schopnost růst, ale i jeho ambivalenci či dokonce neschopnost v daném čase růst. Bezpodmínečné přijetí může nahradit přijetí

od druhých, kterého se klientovi nedostávalo a umožňuje pozitivní postoj k vlastnímu self, které není závislé na postojích druhých (3).

2. **Empatické porozumění** – vstupování do klientova vnitřního vztahového rámce na emoční i kognitivní úrovni. Terapeut je díky tomu schopen sledovat a přesně vnímat pocity klienta a jeho osobní významy. Zážitek hlubokého porozumění pomáhá klientovi odstranit pocit samoty a dodává odvahu riskovat vyjádření myšlenek a pocitů, ke kterým by se jinak neodhodlal.
3. **Kongruence** – opravdovost, transparentnost terapeuta – soulad mezi tím, co terapeut prožívá, co si o sobě uvědomuje a případně vyjadřuje navenek. Vylučuje vytvoření obrazu o sobě jako nadřazeného a vševědoucího odborníka. V takovém vztahu bude klient nacházet zdroje spíše sám v sobě a nebude se upínat na očekávání, že mu terapeut poskytne řešení (5).

Preterapie

Metoda, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty, vycházející z PCA principů. Umožňuje navázání kontaktu s lidmi, kteří mívají nálepku „nereagující na terapeutické působení“ – tedy zejména dlouhodobě hospitalizovaní pacienti s těžkým postpsychotickým defektem, autizmem, demencí či mentální retardací. Jedním z důsledků tohoto poškození je právě neschopnost zachytit či uvědomit si své prožívání. Preterapii lze ale také uplatnit i u akutních stavů, kdy jsou jedinci pohlceni vlastním světem a z tohoto důvodu mají obtíže s navazováním kontaktu s okolím (akutní psychóza, disociace apod.) (6). Dle Proutyho funguje člověk **pre-expressivně (pre-symbolicky)** – má tendenci vyjádřit svou zkušenost, i když ještě není integrovaná – jeví se jako inkoherenční prožívání, které je možno přeložit do smysluplné podoby. Preterapie použitá před samotnou terapií pomůže odkrýt toto pre-expressivní vyjadřování a může znovu nastolit spojení mezi prožíváním a vnímáním klientova self (7). Aby toho byl terapeut schopen, musí se přizpůsobit konkrétnímu vnímání pacientů. Velký důraz je kladen na pozorování. Především je nutné, aby se terapeut naučil vnímat **pre-expressivní emoce**, které ještě nebyly vyjádřeny slovy, ale zračí se právě ve výrazu tváře (6). Proutyho metoda je založena na „**kontaktních reflexích**“ – doslovného zrcadlení klientova verbálního i non-verbálního chování.

Příklady kontaktních reflexí:

Situační – popis chování (např. „hledíte do země“) – umožňuje navázat kontakt s realitou

Obličejové – popis pre-expressivních emocí ve tváři – („usmíváte se“, „máte vztek“) – navazuje kontakt s emocemi. Důležitá pro klienty v regresi, při delších hospitalizacích apod.

Tělové – navazuje kontakt s tělem – popis bizarní či katatonní symptomatiky („kývete se“, „jste strnulý“). Lze využít u pacientů s mentální retardací, schizofrenií i těžké deprese.

Slovní – reflexe pre-expressivních řečových projevů (echolálie, slovní sálát apod.) Často jsou povzbuzeni naším zájmem a pak svůj projev rozšíří.

Reakce terapeuta jsou tedy **empatické, ne-direktivní, nehodnotící, velmi konkrétní a realistické**. Pomocí nich lze obnovit schopnost navázání kontaktu se sebou samým i se světem. Preterapie je způsob, jak můžeme navázat vztah s klientem, který má velké obtíže v této oblasti a nebylo by jinak vůbec možné s ním začít terapeuticky pracovat. V akutním psychotickém stavu je klient často na pre-expressivní úrovni. Z tohoto důvodu nejsou psychotické projevy potlačovány, ale toto chování je chápáno jako způsob vyjádření významů, které jsou přítomné, nikoli však zapojené do procesu nebo jinak dostupné pacientovi. Preterapie pomáhá vynést tyto významy na povrch, což umožňuje navázání konkrétní interakce mezi pacientem a terapeutem. Kontaktní práce respektuje klientovo psychotické prožívání, nepotlačuje ani neodmítá jeho halucinace a bludy (8). Je tudíž skutečným přístupem zaměřeným na klienta.

Jako příklad efektivity preterapie se „**zapomenutými**“ **chronickými pacienty** uvádí psycholog Aldo Dinacci (5) svoji srovnávací studii u čtyř podobných pacientů se schizofrenií a mentální retardací. Délka jejich hospitalizace se pohybovala od 30–55 let. Intenzivně s nimi pracoval metodou preterapie po dobu šesti měsíců. Další dva kontrolní pacienti měli pouze pohovor na začátku a na konci šestiměsíční doby. Srovnávací studie ukázala výrazný pokrok od neartikulované slovní produkce na začátku ke smysluplným větám. Stav kontrolní skupiny byl beze změny.

Mýty spojené s rogersovskou terapií

- Původní označení Rogersova přístupu jako „**nedirektivní**“ vyjadřovalo odmítnutí direktivního poradenství, typického pro dané období (3). Kritiky toto pojmenování vedlo často k nepřesné interpretaci a zobrazování terapeuta jako pasivního a vyčkávajícího, který jen přikyvuje – často až do podoby zesměšňujícího, všeobecně zažitého

označení „**Hmm...terapie**“. Terapeut však vůbec není pasivní: velmi pozorně sleduje klientovy symbolizace jeho částí self a více naslouchá klientovu vyjadřování, než pouze tomu, jak by klienta vyjádřil on sám (9). Kromě zažitého přesvědčení o mlčení v rogersovské terapii je dalším mýtem jednoduchost této metody – tedy reflektování či opakování klientovy věty – tedy něco, co zvládne každý. Samotné kontaktní reflexe však nejsou hlavní podstatou terapeutické práce v PCA – jejich využití spadá zejména do fáze navázání prvotního kontaktu v rámci preterapie u osob, s nimiž jinak kontakt navázat nelze.

- Termín „na člověka zaměřená terapie“ je často používán jako nálepka, která slibuje přátelské a citlivé prostředí, ale kde jsou však konkrétní postupy velmi vzdálené nejhlubším principům PCA (3). Zde bych jmenovala zejména nejčastější formy tzv. „**podpůrné psychoterapie**“, kde můžeme najít podobnost v proklamovaném přijímajícím a nehodnotícím postoji. Nicméně zdůrazňováním pozitivních rysů klientovy osobnosti, snahou podpořit a nikoli frustrovat pacienta zúzkostňujícím mlčením (9), jakýmsi utěšováním či hledáním pozitivních řešení, je zcela v rozporu s hlavním předpokladem účinnosti PCA – zůstat po celou dobu v klientově referenčním rámci. Utěšování či obracení pozornosti k pozitivním či úspěšným momentům klientova života již nenaplnuje podmínky nedirektivity, a tudíž je nelze považovat za PCA. Podmínka bezpodmínečného přijetí neznamena to samé jako „být milý“ či „mít rád“. Přijetím vytváříme prostor pro klienta, aby se mohl setkat se **všemi** svými pocity a myšlenkami – tedy zejména těmi **negativními**.

Kazuistika č. 1 – krátkodobá terapie, aktualizací tendence u chronického pacienta

Mladý muž s paranoidní schizofrenií a polymorfním abúzem, opakované dlouhodobé hospitalizace. Nynější hospitalizace více jak 2 měsíce – přetrvává difúzní paranoia, chudý kontakt, výrazně pasivní – nejvíce zájem o kontakty s rodinou ani o propustky, rychlý defekt osobnosti. Na pohovor přichází pro zvýšenou nervozitu, kterou pocítil na komunitě, když měl mluvit před ostatními. Dále si stěžuje na únavu, nesoustředěnost, obává se však snížení medicíny, po které by mohl nastat relaps psychózy

zy – zdůrazňuje, že to nechce už nikdy zažít. Nicméně život, který žije, jej nijak neuspokojuje. Vrací se k neklidu při komunitě – nerozumí tomu, co se v něm děje. Zdůrazňuje, že tak výrazný neklid ještě nikdy nezažil. Má pocit, že se divně dívá, že se mu klepou ruce.

Jako psychiatr bych považovala tyto projevy za příznak nedostatečně kompenzovaného základního onemocnění a měla bych tendenci upravit medikaci, abych pacientovi ulevila od jeho neklidu. Jako rogersovský terapeut se nesnažím vyřešit „problém“, nejsem v pozici „experta na neklid u psychotiků“, zajímá mě pouze a jen člověk přede mnou a to, co zrovna prožívá. K navázání kontaktu použiji tělesné a obličejové reflexe – popisuji mu, co vidím – tedy nervozitu až vyděšení v obličejí, nesnažím se odpoutávat pozornost na jiné téma, zklidnit ho či doptávat se, co za tím neklidem může být. Zůstávám bez jakýchkoliv interpretací spolu s ním v jeho světě. Pacient zřejmě vycítil, že se snažím porozumět tomu, co prožívá. I přesto, že ze začátku zdůrazňoval, že takový neklid nikdy nezažil, na mysl mu přichází situace v obchodě, kdy se u pokladny rozklepal. Nacházíme spolu podobnost mezi situací tehdy a dnes při komunitě – od kontaktních reflexí přecházím v empatické reflexe.

T: V obou situacích vnímám Vaši obavu z kontaktu s lidmi.

K: Ano, obavu z lidí mám od té doby, co jsem onemocněl... Lidé se na mě začali divně dívat, protože jsem se tvářil divně. Radši jsem proto nikam nechodil...

T: (Vnímám na pacientovi, že je stále ponořený u svých myšlenek, proto jej nepřerušuji)

K: Když jsem byl ještě zdravý, díval jsem se na podobně nemocné s odporem, pohrdal jsem jimi. To samé pohrdání teď vnímám od ostatních vůči sobě.

T: Ten odpor, o kterém mluvíte, vnímám jako nesmiřeni se s vlastní nemocí, odmítání části sebe, která je psychotická, ke které se už „nikdy nechcete vrátit“, jak jste říkal na začátku...

K: Ano, nejsem smiřený s vlastní nemocí, nechci na lidi působit jako nemocný, a proto taky vždycky ty léky vysadím. Teď však vím, že to bez léků nejde i když mě tak tlumí.

T: Máte velký vztek na to, že jste onemocněl...

K: Ano, mám na sebe vztek – dřív jsem byl tak chytrý, dnes mi to nemyslí, nemůžu se na nic soustředit. Dále pokračoval ve výčtu toho, o co kvůli nemoci přišel. I přesto jsem vnímala z mimiky a očního kontaktu jeho výrazné oživení. Možná po dlouhé době zažíval zájem o sebe jako člověka (i se svými slabostmi) a nemusel si připadat jen jako pacient. Díky takto vytvořené

důvěře dokázal jít ve svém prožitku dál, než byl zvyklý, a mohl si tak najít souvislosti, které mu pomohly něčemu v sobě porozumět a posunout ho dál. K mému překvapení začal hovořit o plánech, jak by mohl sám měnit svůj život (aniž bych toto téma jakkoliv iniciovala!). Uvědomil si, že kouřením v sobě zahání negativní myšlenky, které má hlavně vůči sobě. Spontánně pak navrhuje, že by mohl zavolat rodině (po celou dobu pobytu, tedy cca 3 měsíce, nevyvinul jedinou aktivitu v tomto směru!). Při odchodu vnímám pacienta více uvolněného, lidsky vřelého – v této proměně spatřuji jeho zážitek, kdy si dovolil setkat se s tím, co celou dobu odmítal a co ho, krom jiného, drželo v jeho pasivitě. Nebyl to tedy pouze následek schizofrenního onemocnění, jak by se mohlo zdát na začátku. V tomto případě se za jeho pasivitou skrýval zejména pocit nesmiřeni se s nemocí. Po tomto rozhovoru navázal kontakt s rodinou, začal chodit mezi lidmi, na vlastní žádost po 14 dnech propuštěn.

Kazuistika č. 2 – dlouhodobá terapie, integrace disociovaných prožitků

Mladý muž s bohatým spektrem diagnóz, v dětství citově deprimován, odmítán matkou, opakovaně sexuálně zneužit. V dospělosti diagnostikována hraniční porucha osobnosti, sklon k polymorfní závislosti. Aktuálně v popředí partnerské problémy, sociální debakl, výrazně somatizující, chronická dyssomnia, masivní abúzus hypnotik a analgetik. Během hospitalizace dominují zejména akcentované rysy – z tohoto důvodu nevěrohodný, „problematický pacient“, veškerá medikace bez většího efektu.

Při práci s tímto klientem nejsou pro mne jeho diagnózy ani dosavadní anamnéza podstatné. To, co mne zajímá jako rogersovského terapeuta, jsou jeho prožitky, které má v danou chvíli. Během našeho setkávání vnímám před sebou výrazně inkongruentní osobnost neschopnou vydržet sama se sebou a svými emocemi, které je nucen často disociovat (během sezení opakovaně koktání, tremor, amnezie, prepsychotické prožitky apod.). Vnímám osobnost narušenou patologickou výchovou a několikanásobnými traumaty – i přes to velmi citlivou, trpící svojí inkongruencí a toužící po změně.

Ukázka rozhovoru z hodiny, kdy došlo k uvolnění emocí, kterou by za jiných podmínek pravděpodobně musel disociovat.

Popisuje, jak měl zas těžký týden, nespál, nebyl zas v práci, dnes je to lepší – přitom není evidentně ve své kůži, drží se, aby něco nepustil. Vidím na něm výrazný neklid, který mu reflektuji.

Rozmluví se o svých stavech, které jsou pro něj čím dál horší, přijdou mu nekonečné, už nemá sílu v tom být...

K: Chcete, abych „tam“ šel?

T: Čekám na vás, co chcete vy... přijde mi, že tam skoro jste.

K: Snažím se pořád klouzat po povrchu.

T: Můžeme klidně zůstat na tom povrchu, nemusíme jít tam, kam nechcete.

K: Jako bych pokrýl nějakou folii ten hnus, kterej tam je, sem pořád na ní, hrozně to klouže.

T: Stojíte na folii, ale cítíte to pod ní.

K: Je to jak bažina.

T: Nechcete se v ní utopit.

Propuká v neutišitelný pláč trvající několik desítek minut. Hlavu má v klíně, kryje si ji dlaněmi, jako by nechtěl být viděn. Snažím se s ním navázat kontakt, abych si ověřila, že mne vnímá a že se mi neztrácí.

T: Jste hrozně nešťastný z toho stavu, který se Vám děje... (dále pláče, nereaguje)

T: Je tam příliš mnoho hnusu na jednoho člověka – tak to na mě působí (kývne ano) ...cítíte tam asi křivdu (kývne ne). Ujistila jsem se jeho reakcemi, že mne vnímá a není potřeba dále vstupovat do jeho „těžkého procesu“. Dále jsem v tichosti s ním, později si k němu přisednu, aby mohl víc cítit, že tam není sám... (Zřejmě to byl moment, který mu nejvíc pomohl)

T: Cítím z Vás hrozný smutek... (Po několika minutách se zcela ztišl a posadil se)

K: Už se ovládám trochu.

T: Přišlo mi to jako čirá bolest, taková nekonečná, neutišitelná.

K: Když je mi ještě hůř, tak to nezvládnou ovládnout, vypadá to tak celou dobu... nechápu proč jsem to teď neovládnul, když je mi líp než včera...

T: Zlobíte se na sebe, že jste to pustil, že jste to nezvládl.

K: Nechci, aby to nikdo viděl, stydím se za to... pořád to ale byla tak desetina toho, co ho vždycky sežere... to už má maličkou vů-vů-li (začíná koktat), jak to ovládat, než se to rozjede.

T: To je ten stav, kterému nerozumíte.

K: Který nenávidím...

Dále plynule pokračujeme v tomto duchu od počátečního „neznáma“ ke konkrétním pocitům. Z ukázky je patrné, jak tento přístup dokáže pracovat i s hůře uchopitelnými až abstraktními tématy. (Což konkrétně tento klient velmi oceňuje – též vzhledem ke svým předešlým zkušenostem s terapiemi, kdy nebyl schopen popsat svůj „problém“)

I přesto, že během sezení zažíval velmi silnou emoci, dokázal ji poprvé ventilovat a verbalizovat – nebyla již pro něj natolik ohrožující,

aby ji musel disociovat. Oproti masivní tenzi na začátku odcházel mnohem klidněji. I přes přetrvávající smutek působil jaksí opravdověji – jako člověk, který si dovilil být víc sám sebou i s vědomím svých slabostí.

Kongruentní prožitky, ač se mohou zdát jakkoliv bolestné, jsou pro tohoto klienta natolik silným zážitkem, kdy si uvědomuje své „pravé Já“, že jsou pro něj nadále motivací k pokračování v terapii.

Závěr

PCA je řazena mezi dlouhodobější terapie umožňující trvalé změny ve struktuře osobnosti. Spolu s preterapií však může dobře zafungovat i ke zvládnutí akutních stavů, ať už v podobě krizové intervence či v navázání kontaktu s pacienty se závažným duševním onemocněním.

Stále platí, že většina odborníků v pomáhajících profesích byla tradičně vychovávána

k tomu, aby převzali aktivitu a věci „dělali“. PCA a preterapie ukazuje, jakou moc má prosté „bytí s“ pacientem na průřezu širokého spektra diagnóz. Pro většinu z nich je tento druh porozumění vzácným a dokonce jedinečným zážitkem, který může významně přispět k zmírnění úzkosti, pocitu ohrožení a osamocení, který jejich svět doprovází.

Literatura

1. Mearns D, Thorne B. Person-centred counselling in action, Sage Publication, London, 2007.
2. Cain DJ, Seeman J(eds). Humanistická psychoterapie. Příručka pro výzkum a praxi, 1. díl, Praha, Triton, 2006.
3. Šíffellová D. Rogersovská psychoterapie pro 21. století, Praha, Grada, 2010.
4. http://carlrogers.webz.cz/database/Otazky_k_PCA%20pro%20psychoterapeuta.doc.
5. Mearns D, Thorne B. Terapie zaměřená na člověka, Praha, Grada, 2013.
6. Prouty G, Van Werde D, Pörtner M. Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty. Praha, Portál 2005.

7. Prouty G. Pre-Therapy as a Theoretical System In: Wyatt G, Sanders P (eds): Rogers Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Vol.4: Contact and Perception. Ross-on. – Wye, PCCBS Books 2002: 52–62.

8. Mearns D, Cooper M. Working at Relational Depth. London, Sage 2005.

9. Mearns, Thorne B. Person-Centred Therapy Today: New frontiers in theory and practice, London, Sage 2000.

10. Beran J. Doporučené postupy pro praktické lékaře, Psychoterapie, ČLS JEP, 2009.

Článek doručen redakci: 8. 10. 2013

Článek přijat k publikaci: 14. 1. 2014

MUDr. Kateřina Faixová

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Fokus Praha
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
Meziškolská 1 120/2, 169 00 Praha – Břevnov
faixova@fokus-praha.cz
