

Rozcestí psychoterapeutického vztahu

Karel Balcar

Souhrn

Příspěvek stručně popisuje pět důležitých vlastností psychoterapeutického vztahu, které autor vymezuje jako „komplementární“ co do poměru terapeutova a pacientova prosazování vlastního podílu na nich. Jako důsledky menšího, nebo většího uplatnění jejich vlastních přístupů v oblastech „iniciativy“, „aktivity“, „vedení“, „moci“ a „významu“ v průběhu psychoterapie, zvláště pak v utváření terapeutické interakce a vztahu, jsou uvedeny příklady často tím vědomě nebo nevědomě sledovaných osobních cílů a záměrů, které někdy úspěšné léčbě napomáhají, jindy jí naopak překážejí.

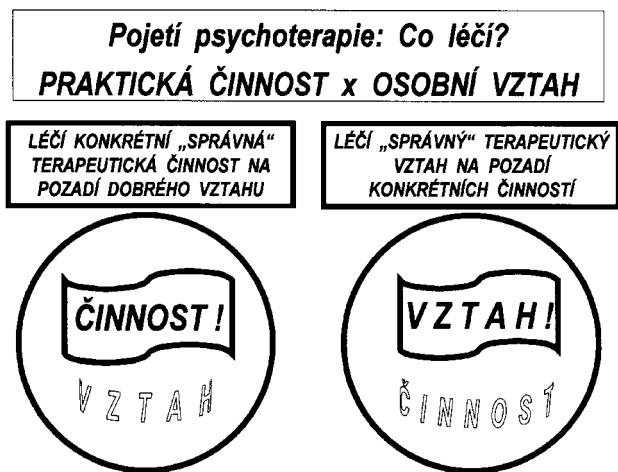
Klíčová slova: psychoterapeutický vztah, psychoterapeutická interakce.

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. lékařské fakulty KU, Praha

Adresa pro korešpondenci: Doc. PhDr. Karel Balcar, PhD., Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. lékařské fakulty, KU, Ruská 2411/87, 100 00 Praha 10, ČR, Tel.: +420 267102233

Problém

Povaha vztahu mezi terapeutem a pacientem – vedle terapeutické činnosti – podstatně ovlivňuje průběh a výsledek léčby. V psychoterapii má značný vliv i názor, že léčivým činitelem není ani tak to, co „léčebného“ terapeut a pacient dělají, tedy činnost, jako je kvalita vztahu, v němž léčba probíhá. Máme tu dvě protichůdná krajní pojetí (obr. 1).



Obrázek 4. Psychoterapie jako činnost a jako vztah.

Podle okolností se pak jejich relativní odůvodněnost a jejich prosazování v konkrétních případech posouvá více jedním směrem, anebo směrem opačným.

V tomto příspěvku chci nabídnout výčet několika vlastností, které se právě v terapeutickém vztahu zvláštním způsobem podílejí na tom, jak se utváří a jak v něm psychoterapie probíhá.

Následující rozbor vychází především z mé obsírnější studie o dílčích cílech a taktikách utváření vztahu v psychoterapii (Balcar, 1988). Zdroji inspirace byly studie Mosakova a Gushurstova (1971) o skrytém účelu výroků pacientů vůči terapeutům a kapitola Faganové (1971) pojednávající také o mocenském rozměru jednání pacienta s terapeutem. Obecně i konkrétní otázky utváření vztahu v interakci pacientů s terapeuty jsou tradičním tématem lékařské psychologie (u nás třeba Vymětal, 2003). Sám se zde zaměřuji na méně často reflektovaný výsek z této problematiky, vymezený dále.

Na otázku, které vlastnosti terapeutického vztahu významně ovlivňují průběh psychoterapie, rozliším dva druhy vlastností, které se výrazně liší svou povahou.

Vlastnosti prvního druhu můžeme nazvat „synergické“, součinné. O těch platí, že čím více jimi přispívá do vzájemného vztahu i terapeut i pacient, tím víc v tomto ohledu jejich

vztah obsahuje. Příkladem mohou být vlastnosti zjevně prospěšné, třeba vstřícnost, upřímnost, důvěra, náklonnost, i vlastnosti zjevně škodlivé, třeba opak právě vyjmenovaných. Patří sem tedy také tradiční triáda uvedená Rogersem. Vlastnosti druhého druhu, o které půjde nyní, můžeme nazvat „komplementární“, doplňkové. O těch platí, že čím se jimi ve vztahu uplatňuje, popřípadě prosazuje, jeden účastník terapeutického vztahu, tím méně se v nich může za sebe uplatnit nebo prosadit druhý. Proto je nazývám vztahovými „rozcestími“. Rozhoduje se na nich o tom, jakým směrem se vzájemný vztah utváří, jaké cesty léčebné interakce se účastníkům otevírají a jaké se jim spíše uzavírají. Takové „komplementární“ vlastnosti psychoterapeutického vztahu jsou předmětem tohoto – empiricky založeného a intuitivně zpracovaného – příspěvku.

Je ovšem pravda, že nelze vždy přesně odlišit, nakolik „vklad“ určité vlastnosti jedním účastníkem do vzájemného vztahu je vůči snaze druhého podílet se na jeho podobě stejným způsobem spíš podporou, nebo překážkou. Hranice obou druhů vlastností někdy – podle situace – umožňují určitou míru překrývání. V zásadě však pokládám právě nabídnuté rozlišení za odůvodněné a užitečné, a pokusím se to doložit.

Z komplementárních vlastností psychoterapeutického vztahu jsem zvolil pět, které s nějakou mírou vzájemné podmíněnosti, podpory nebo rozpornosti podstatnou měrou rozhodují o povaze a průběhu součinnosti pacienta s terapeutem a tím i o dosahovaných výsledcích léčby. Proberu je postupně.

1. Iniciativa

Iniciativu vymezují skutečnosti, že každý z účastníků terapeutického vztahu něco v terapii chce, nějakou měrou a s nějakým záměrem se v ní angažuje. Jejím zdrojem je tedy konkrétní motivace k léčbě a k podílení se na ní. Na nejobecnější úrovni bývá jejím zdrojem to, nakolik který z účastníků vstupuje do terapeutického vztahu a součinnosti z vlastní vůle a nakolik z vůle cizí. V geometrickém přirovnání pacient a terapeut každý svým podílem iniciativy zabírá určitý prostor motivovanosti, tedy „pohonných zdrojů“ v jejich vzájemném vztahu a jeho vývoji. Čím víc své iniciativy do usměrňování psychoterapie vkládá jeden, tím méně prostoru pro uplatnění vlastní iniciativy ponechává druhému.

K častým motivům pacientů, které pohánějí jejich „chtění“ v psychoterapii, patří kromě skutečného strádání působeného objektivně přítomným onemocněním nebo selháním i jeho různá uvědomovaná nebo neuvědomovaná přání, jež určují velikost a zacílení jeho angažovanosti v léčbě. Může to být přání nechat si „opravit poruchu“ těla či mysli; „řešit osobní problém“ v roli nemocného; „získat podporu“ v jiných vztahových záležitostech cestou medicínsky zářá-

mované intervence; „získat alibi“ ve věci vlastní neochoty opravdu se léčit; „spravit si sebehodnocení“ stvrzením, že kvůli nemoci nemůže navzdory své snaze lépe plnit své úkoly nebo uskutečňovat své záměry; „ovlivnit někoho jiného“ demonstrací, že je nemocen; „získat status nemocného“ kvůli výsadám s ním spojeným. Naopak velikost a zaměření pacientovy iniciativy v léčbě mohou být také motivovány tím, že k ní je přinucen bez vlastního přání či jemu navzdory a reaguje na to třeba „pasivním přijetím“ takto vnucené léčby, nebo i „aktivním odporováním“ požadavku podílet se na ní. V konkrétním případě pak sem vstupuje i pacientova motivovanost spolupracovat právě s přítomným terapeutem.

K častým motivům terapeutů k tomu, aby se chtěli věnovat psychoterapii, patří kromě toho, že to je aktuálně jejich pracovní povinnost, také různé další pohnutky více, nebo méně uvědomované. Bývá mezi nimi soucit s trpícími, přání činit dobro, touha po moci, kompenzování vlastních obav z nemoci, utrpení či smrti, hmotný zisk, společenské uznání a ocenění, touha po úspěšnosti a sebeúctě, někdy i pohnutky k vykořisťování hmotnému či psychologickému. K tomu pak přistupuje terapeutova motivovanost pracovat právě s přítomným pacientem.

Velikost a zaměření osobní iniciativy z obou stran pak mohou být vzájemně více, či méně rozporné, popřípadě i optimálně poskládané tak, že je lze uvést do souladu. Vždy je v tomto ohledu možnost potenciálního konfliktu, který může skrytě nebo zjevně zpochybňovat záměry léčby a v nějaké míře bránit její úspěšnosti.

2. Aktivita

Aktivitu vymezují skutečností, že každý z účastníků terapeutického vztahu se v nějaké míře podílí na vykonávaných činnostech v něm, každý sám v nějaké míře něco dělá. Dělbá aktivity spočívá v tom, kolik čeho koná jeden a co a nakolik nechává konat druhého. Obsah, zaměření a poměrné množství aktivity pacienta a terapeuta opět mohou být více, nebo méně navzájem slčitelné a pro průběh a výsledky léčby tak více, nebo méně příznivé.

Opět zde nacházíme, navíc k dělbě práce přímo vyžadované konkrétním způsobem léčby, některé typické osobní motivy a představy o potřebě a možnosti konat určité činnosti na straně pacienta i terapeuta.

K častým motivům zvýšené aktivity na straně pacienta patří: představa, že čím více pro své uzdravení dělá, tím spíš jej dosáhne; snaha získat si schválení, uznání a přízeň terapeuta; snaha „být nezávislý“ na dobré vůli a pomoci druhého; snaha „odčinit vinu“ za vznik onemocnění, za „obtěžování“ terapeuta, za svou vnímanou bezmocnost a tedy „méněcennost“. Na druhé straně jsou tu motivy bráncí i přiměřené a léčbou vyžadované pacientově aktivitě: odmítání skutečnosti, že je nemocen a léčen („reaktance“); ztráta naděje na jakýkoli úspěch v léčbě („beznaděj“); přehnaná závislost na terapeutovi a jeho konání („regrese“) spojená někdy se společenskou pověrou, že nemocný „má právo“, aby jej terapeut vyléčil bez jeho vlastního přičinění; nedostatek důvěry ve vlastní schopnosti kvalitně k léčbě vlastní činností přispět

(„bezmoc“). Přehnaná, nedostatečná, popřípadě nekompetentní aktivita pacienta pak často dosažení terapeutického cíle maří.

Občasným motivem k nechuti vynakládat aktivitu na straně terapeuta, někdy i pacienta, bývá vědomí implicitně tím přisuzované odpovědnosti za výsledek svého konání. I v terapii se někdy uplatňuje obranný postoj „Kdo nic nedělá, nic nepokazí“. To, že se věci – včetně výsledků léčby – kazí také v důsledku nečinnosti, si často pacient, někdy i terapeut, v takové situaci raději nepřipustí.

Terapeut sám nadměrným množstvím viditelně vykazované aktivity může projevovat nedostatek důvěry v možnost aktivního přispění pacienta k léčbě. Také jím může obranně kompenzovat svá skutečná či domnělá selhání v léčbě. Aktivní přístup terapeuta k „dělání“ pro pacienta i toho, co by ten mohl a měl dělat sám, může mít komplementární účinek – pacient to „nechá na něm“. Jindy však může mít i účinek synergický – stává se pacientovi dobrým vzorem k napodobení.

Iniciativa a aktivita si jsou příbuzné tím, že v obou jde o velikost osobního nasazení do léčby. U iniciativy má toto nasazení povahu projevované snahy či „vůle“ dosáhnout v terapeutické situaci a dění vlastních cílů, u aktivity pak praktického konání. Jejich odlišnost spatřujeme v tom, že například pacient může na jedné straně intenzivně chtít a vyžadovat („iniciativa“), aby pro něj co nejvíc prakticky dělal terapeut („aktivita“), popřípadě i naopak.

3. Vedení

Vedení vymezují tím, nakolik a v čem který z účastníků zjevně rozhoduje o tom, co se v léčbě stane, popřípadě kdo co vykoná. Dělbá vedení spočívá v tom, kdo o čem rozhoduje sám a tak řídí činnost svou i svého protějšku, popřípadě nakolik a v čem přenechává rozhodování druhému.

Vedení terapie je nezbytné, podíl pacienta a terapeuta na něm však může být proměnlivý. Dělbá o řízení terapeutické činnosti vyplývá racionálně z vnitřní logiky léčby a z její teorie. Sem patří známé či teoreticky předpokládané odborné a osobní kompetence pacienta a terapeuta. Iracionálnější je vliv „obrazů“ o těchto předpokladech u člověka vůbec a u nemocného zvláště, z nichž různé terapeutické přístupy psychologicky či filozoficky vycházejí. Lze je uspořádat v podobě rozměru mezi krajností předpokladu naprosté dobré vůle k uzdravení a postačujících schopností k tomu u pacienta a krajností jeho neschopnosti a neochotě rozpoznat a konat to, co je pro něj dobré.

Iracionální jsou pak v tomto ohledu motivy ujímat se vedení, nebo je naopak přenechávat druhému, vyplývající z povahových vlastností či z psychologických strategií, jak docílit úspěchu a uchránit se před zjevným selháním. Podstatnou úlohu zde má i to, že zjevné řízení léčby a aktivit v ní danému účastníku explicitně přisuzuje i větší odpovědnost za výsledky tam, kde míra vlastní aktivity tak činí jen implicitně. Správnost rozhodování a vedení léčby nepochybně výsledky ovlivňuje, avšak jen v té míře, v níž jsou opravdu závislé na lidské vůli a konání.

Jako motivy k vedení nejčastěji nacházíme tradiční společenské představy o „neznalém a neschopném“ („nemocném“) pacientovi – laikovi a proti tomu o „vědoucím a mohoucím“ („mocném“) terapeutovi – expertovi. Tyto tradiční pohledy však jsou v některých teoretických přístupech a praktických postupech soustavně přesouvány, až po pojetí jakési „patientské samoobsluhy“ v některých psychoterapeutických přístupech. Výchozí představy i motivy směřující k tomu, kdo se v čem a nakolik má ujímat vedení, mohou být mezi oběma účastníky léčby shodné, jindy naopak značně rozdílné a navzájem konfliktní. (V tomto ohledu se v učebnicích lékařské psychologie rozlišují zpravidla dva až čtyři základní „modely“ vztahu lékaře s pacientem – viz např. Vymětal, 2003).

Kromě zvykové či teoreticky založených představ o „správném“ míře a „správném“ způsobu řízení se při prosazování vlastního rozhodování či naopak při uhýbání před ním a požadování jej od druhého uplatňují i konkrétní vlastnosti sebedůvěry či důvěry v protějšek, obavy před přílišným přebíráním odpovědnosti, nebo naopak touha po přičtení zásluh za vyléčení, zvýrazněné motivy vztahové nezávislosti či závislosti, vůle nebo ne vůle podílet se na léčbě vůbec, snaha přesunout odpovědnost za případný či již zřejmý nezdár na druhého a další.

Míra a způsob vedení terapeutického dění i míra a obsah odpovědnosti za jeho výsledky by ideálně měla odpovídat skutečným kompetencím pacienta a terapeuta, povaze užitých terapeutických postupů a ovšem i stupni, v němž jsou somatické, kognitivní, emoční a konativní funkce pacienta jeho nemocí či jejími důsledky narušeny. Je-li toto možno odhadnout, lze v uplatněné dělbě vedení v konkrétním terapeutickém vztahu rozpoznat třeba i příčiny terapeutické úspěšnosti nebo terapeutického selhání.

4. Moc

Moc vymezují jako míru, v níž každý z účastníků terapie ve skutečnosti prosazuje své záměry a tím opravdu ovládá, co se v průběhu léčby děje. Moc se může projevat a uplatňovat zjevně a přímo v podobě vedení terapie a otevřeného ovládnutí toho, co kdo dělá. Může se však také projevat skrytě a nepřímo, nejčastěji nějakou formou manipulativního působení na druhého ve smyslu: „Rozhoduj ty! (Ale podle mé vůle!)“.

Motiv moci bývá u mnoha lidí velmi důležitý, někdy může být i důvodem, proč se někdo chce stát terapeutem. Někdy si terapeut i pacient vlastní usilování o více moci v již konkrétní interakci s druhým přijatelně zdůvodňuje tím, že tak může lépe prosadit prospěšné terapeutické prostředky a cíle. Zda to je pravý motiv, nebo jen předstíraný a ve skutečnosti snaha o ovládnutí dění v terapii slouží jiným, neterapeutickým pohnutkám a cílům, bývá diagnostickou otázkou. Získaná a uplatňovaná moc může stejně tak léčbě sloužit, jako jí bránit. Na jednom pólu snahy o moc a mocenské prosazování své vůle je její zjevné uplatňování ve shodě se společensky a odborně oprávněnými normami. Na druhém pólu bývá snaha o skryté ovládnutí toho, co se děje a co kdo koná,

manipulací prostřednictvím sugesce, odměňování a trestání, příslibů a hrozeb a dalších psychologických nástrojů ovlivňování.

Také výsledné uspokojení ze vztahu a dění v něm, vázané na získání a uplatnění moci, může vyplývat více či méně buď ze skutečného dosažení sledovaných cílů, anebo prostě jen ze samotného zážitku moci vůči druhému či dokonce nad ním. Manipulativní výroky a jiné projevy pacientů a terapeutů často mají za terč předpokládané osobně důležité stránky sebepojetí a sebehodnocení jejich protějšku, popřípadě předjímaného společenského ocenění nebo příkoří. Často se týkají hodnocení kompetence, motivace, důvěry a zklamání, náznaků příznivých či nepříznivých společenských důsledků chování druhého. U pacientů se setkáváme s mocenským ovlivňováním rozhodování a jednání psychoterapeuta i prostřednictvím často velmi působivého snižování, přetrvávání, nebo zvyšování míry výskytu chorobných příznaků.

Pokud jde o ovládnutí vztahu a dění v terapii, je pro terapeuta typickým problémem manipulující pacient, často apelující právě na jeho (předpokládanou) touhu po moci, oblibě, hmotném či psychologickém zisku či přání vyhnout se ztrátám věcným nebo psychologickým. Zvládnout takové pokusy o vychýlení léčebně prospěšné „rovnováhy moci“ ve prospěch pacienta lze nejčastěji paradoxním zjevným „vzdáním se“ nároku na ni terapeutem. Méně účinné a terapeuticky velmi problematické je bojování o moc využíváním různých donucovacích prostředků a vlivů čerpaných ve formálních institucionálních rámci (např. přiznávání pracovní neschopnosti či důchodu pro nemoc ze strany terapeuta, uplatňováním nátlaku prostřednictvím „vlivných známých“ ze strany pacienta) nebo v neformálním společenském poli pacienta, např. získávání spojenců mezi členy rodiny či dalšími blízkými osobami buď pacientem, nebo terapeutem, na podporu vlastních záměrů.

Podobně jako tomu bylo u iniciativy a aktivity, i moc má společné znaky s vedením a mnohdy jde míra jejich uplatňování ve vztahu pohromadě. Zároveň však jde o vlastnosti navzájem nezávislé. V prvním případě může jeden účastník terapeutického vztahu skutečnou vlastní mocí zjevně a přímo prosazovat určité vedení léčby. V druhém případě může, z komunikačního hlediska „metakomplementárně“, vlastní mocí přisoudit zjevné vedení (řízení, rozhodování) z různých osobních motivů druhému potud, pokud to jemu samému právě vyhovuje. Jakmile u vyhovovat přestane, uplatní svou skutečnou mocenskou převahu nějakou formou zjevného nebo skrytého odměňování či trestání, pobízení nebo zastrašování. Můžeme tu poukázat na paradoxní úkaz „(skryté) moci ve (zjevné) bezmoci“.

5. Význam

Osobní význam terapie, terapeutického vztahu a dění v něm pro člověka vymezují tím, jak který z účastníků sám prožívá – tedy vnímá, cítí, chápe, hodnotí, snáší a zvládá to, co se v terapii děje a k čemu to vede. Pacient i terapeut to mohou po různých stránkách prožívat jako příjemné či nepříjemné, jako účinné či neúčinné, jako prospěšné či škodlivé, jako na-

dějně či ohrožující, jako zvyšující či snižující sebeúctu a jako souladné či rozporné s vlastním sebepojetím a se společenskými normami.

Prožívání významu terapie a toho, co se v ní děje, jejími účastníky ve vzájemném vztahu může svou kvalitou vést ke spolupráci, ať již ze sympatie, z přání či z nutnosti. Nebo naopak může vyvolávat konflikt a otevřený či skrytý boj z vnímaného zklamání, odporu či hněvu; nebo i uhýbání a unikání z vnímaného prožívaného ohrožení a strachu; popřípadě může vést k pasivitě ze zakoušené lhostejnosti nebo rezignace.

Při „dělbě“ významu prožívaného a prosazovaného účastníky terapie již nejde pouze o prostou vzájemnou komplementaritu „oč jeden méně, o to druhý více“ prosadí své pojetí terapeutické práce. Jde již také o obsahovou shodu či neshodu významu různých okolností a událostí, různých změrů a projevů vůči sobě navzájem i vůči zacílení a smyslu léčby. Pro její úspěšný průběh je alespoň zásadní shoda či „slučitelnost“ prožívaného významu v jeho hlavních rysech oběma účastníky často rozhodující. Případy, kdy každý z nich prožívá terapeutické dění odlišně a přesto jejich vzájemný vztah úspěšně plní terapeutické účely, jsou spíš výjimkou, i když si je představit můžeme.

Osobní význam terapie je živnou půdou pro další snahy a hodnocení, při nichž slouží každému účastníkovi jako jeho mapa pro orientaci v tom, co se děje, co z toho je či bylo by dobré a co ne, a co nejlépe pro to nebo proti tomu může a má dělat či nedělat. Proto je určité „vyjednávání“ mezi pacientem a terapeutem o významu toho, co se má dít, obvykle ústředním tématem od počátku léčby až po její ukončení a ohodnocení. Typickou složkou vztahové dynamiky bývá proto jednak deklarování představ a úmyslů obou jejich účastníků, jednak vzájemné prověřování, zda jim odpovídá i praktické počínání druhého. Přichází to na pořad zvlášť v situacích, kdy původně „samozřejmý“ význam a předpokládaná povaha terapeutické interakce jsou vývojem události zpochybněny a pacient nebo terapeut udělá něco, co je v rozporu s konvenčním společenským očekáváním obsahu a výkonu „role nemocného“ či „role terapeuta“.

Pro utváření a uplatňování významu terapeutického vztahu a dění v něm jsou důležité lidské schopnosti sebeodstupu a sebepřesahu (viz např. Frankl, 1999). Člověk si umí své bezprostřední prožitky uvědomit a pak k nim zaujmout postoj podle své volby, a dále se umí vědomě angažovat pro subjektivně „vzdálenější, avšak vyšší“ významy a cíle, než v něm jeho bezprostřední prožitky a navyklé způsoby chování bezděčně provokují. I v terapii je tak každý z účastníků schopen významového „přehodnocení“ toho, co zakouší a co dělá on a co jeho protějšek.

To, co pacient bezprostředně zakouší jako zlé a nežádoucí, dokáže přesáhnout „významem vyššího řádu“: tělesná či citová bolest ho trýzní a odpuzuje, avšak přesto ji podstupuje proto, že přijme její význam jakožto nevyhnutelné na cestě k uzdravení. Terapeuta zas pacientovy „nemožné“ názory a způsoby chování frustrují, hněvají a pobízejí k „trestání“ či odmítnutí pacienta, avšak navzdory zakoušeným obtížím v terapeutickém vztahu s ním vytrvá, protože je pochopí

jako pacientův problém, s nímž mu právě on sám může a má kvalifikovaně pomoci. Zatímco bezprostředně zakoušený význam terapie může, avšak nemusí být nutně uvědoměný, významové přehodnocení jejich různých stránek vyžaduje vědomou orientaci, ohodnocení a uplatnění vůle. Různé stránky terapeutické interakce a jejich průvodních událostí bývají často nepříjemné a přepracovávání jejich významu je proto nezbytným úkolem, pro něž je terapeutický vztah rámcem i prostředkem.

Potřeba sdílení významu a dosažení zásadní shody, co je k čemu pro koho dobré a co ne, obvykle ústí do explicitní nebo (častěji) implicitní „úmluvy“ o sdíleném významu a jeho důsledcích pro vzájemnou součinnost. Dosažená shoda ve významovém ohodnocení nemusí vždy být terapeuticky prospěšná. Někdy může být naopak, ve své vědomě nereflktované podobě, antiterapeutickým „spiknutím“ pacienta a terapeuta ke vzájemnému poskytování příjemnosti a vzájemné ochraně před bolestmi a nepříjemnými nároky léčby. To pak jen podporuje bludný okruh uhýbání před skutečnými nároky úspěšné, byť pro oba nepříjemně stresové, avšak věcně indikované terapeutické péče.

Závěry

Terapeutický vztah bývá v osobních přístupech pacienta a terapeuta k léčbě a k sobě navzájem někdy souladný, jindy vnitřně rozporný. Záleží to i na společenském kontextu, na jejich osobnostních sklonech a schopnostech, na druhu onemocnění či problému a na užitých metodách léčby. Ze skladby těchto různých vlivů vyplývají pak výslednice na vztahových „rozcestích“, kde se může vyvinout vzájemný poměr toho, s čím do vztahu jeho účastníci vstupují, buď příznivě, nebo nepříznivě vůči objektivnímu cíli léčby. Vnášení či vznikání rozporů s potřebami reality v tomto ohledu bývá časté. Je proto výzvou k jejich rozpoznávání a překonávání tak, aby léčba mohla probíhat ku prospěchu nemocného. Za reflektování a usměrňování tohoto vztahového dění je vzhledem ke své kvalifikaci odpovědný v prvé řadě terapeut.

Literatura

- Balcar, K.:** Křížovatky psychoterapeutického vztahu. Psychoterapeutické sešity 24, 1988, s. 2-15.
- Frankl, V.E.:** Teorie a terapie neuróz. Překlad K. Balcar. Praha: Grada, 1999.
- Fagan, J.:** The tasks of the therapist. S. 88-106. In: Fagan J. - Shepherd, I.L.(Eds.): Gestalt therapy now. New York: Harper and Row, 1971.
- Mosak, H.H. - Gushurst, R.:** What patients say and what they mean. American Journal of Psychotherapy, 25, 1971, s. 428-436.
- Vymětal, J.:** Lékařská psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 2003.

Do redakcie došlo 20.12.2009.