

*Teória psychoterapie***Podporná psychoterapia – jej vymedzenie a využitie v psychiatrickej starostlivosti**M. Bieščad¹, J. Hašto²**Supportive psychotherapy – its definition and using in psychiatric care****Súhrn**

Autori sa zameriavajú na vymedzenie podpornej psychoterapie, ktorá je v súčasnosti jedným z najpoužívanejších psychoterapeutických prístupov v psychiatrickej starostlivosti. Je to eklekticko-integratívny prístup, ktorý sa nachádza na suportívnom póle expresívno-suportívneho kontinua. Je primárne zameraná na redukcii symptómov, zvyšovanie sebaúcty, úrovne fungovania a schopnosti adaptácie. Môžeme ju vymedziť aj tým, že na svoje ciele využíva prevažne podporné intervencie. Autori sa ďalej venujú problematike terapeutického vzťahu v podpornej psychoterapii, indikáciám podpornej psychoterapie a prehľadu empirických zistení o jej účinnosti. Upozorňujú tiež na integratívny potenciál transakčnej analýzy a teórie vzťahovej väzby.

Kľúčové slová: podporná psychoterapia, expresívno-suportívne kontinuum, podporné intervencie, terapeutický vzťah, výskum účinnosti podpornej psychoterapie.

Summary

This article focuses on definition of supportive psychotherapy, currently one of the most used psychotherapeutic approaches in psychiatric care. It is eclectic and integrative approach that belongs to supportive pole of expressive-supportive continuum. It is primary aimed to symptom reduction and increase of self-esteem as well as level of functioning and ability of adaptation. Supportive psychotherapy is characterized by dominant using of supportive interventions for its goals. The article also deals with issues like therapeutic relationship in supportive psychotherapy, indication of supportive psychotherapy and empirical outcome research of supportive therapy. And also draws the attention to the integrative potential of transactional analysis and attachment theory.

Key words: supportive psychotherapy, expressive-supportive continuum, supportive interventions, therapeutic relationship, outcome research of supportive psychotherapy.

Podporná psychoterapia (angl. *supportive psychotherapy*) patrí v súčasnosti k výrazne rozšírených a používaným terapeutickým prístupom v psychiatrickej starostlivosti. Mendelsohn (2003) tvrdí, že ak v súčasnosti psychiater

robí psychoterapiu, je to najčastejšie podporná psychoterapia. Napriek tejto jej významnej rozšírenosti je podporná psychoterapia často vykonávaná akosi inštinktívne, bez dôkladnejšieho poznania jej základných východísk, princípov a cieľov. Vo svojej histórii bola podporná psychoterapia často považovaná za druhoradý prístup, bola nazývaná aj „Popoluškou“ medzi psychoterapiami (Sullivan, 1971). Indikovaná bola pre pacientov, ktorí neboli schopní dosiahnuť vhlád, a teda neboli vhodní pre dlhodobú analytickú liečbu. Status podpornej psychoterapie sa však v súčasnosti mení. Potvrdil to aj Americký výbor pre psychiatriu a neuroló-

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Trnavskej university v Trnave a Psychiatrické odd. FN v Trenčíne

Adresa: ¹Mgr. M. Bieščad, Katedra psychológie, Filozofická fakulta Trnavskej university v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, e-mail: biescad@truni.sk

²doc. MUDr. J. Hašto, PhD., Psychiatrické odd. FN, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, e-mail: hasto@nsptn.sk

giu (*American Board of Psychiatry & Neurology, ABPN*), ktorý zaradil znalosť podpornej psychoterapie medzi jadrové kompetencie psychiatrických rezidentov v špecifických formách psychoterapie (pozri ABPN, 2004; pozri tiež Winston et al., 2006, Gabbard et al., 2006). Hellerstein, Pinsker, Rosenthal a Klee (1994) považujú podpornú psychoterapiu za základný psychoterapeutický model. Podľa týchto autorov by mala byť podporná psychoterapia v psychiatrickej starostlivosti metódou prvej voľby. Blaser, Heim, Ringer, Thommen (1994) sa domnievajú, a my s nimi súhlasíme, že každá psychoterapia obsahuje podporné (*supportive*) elementy, ktoré súvisia s podnecovaním nádeje, posilňovaním, dodávaním odvahy, pochopením, sugesciou atď., a že „podpora pacienta je základným princípom psychoterapeutických profesií“. V našej štúdii sa pokúsime o vymedzenie pojmu podporná psychoterapia, budeme sa venovať jej cieľom, intervenciám, ktoré využíva, a predstavíme si niektoré dôkazy o jej účinnosti.

Definovanie podpornej psychoterapie

Definovať podpornú psychoterapiu je náročnejšie, ako by sa na prvý pohľad zdalo. Jednotná definícia podpornej psychoterapie neexistuje (Novalis, Rojcewicz, Peele, 1999). U nás Vymětal (2004) vymedzuje podpornú psychoterapiu ako doplnkovú liečbu, ktorá je najčastejšie kombinovaná s farmakoterapiou a je súčasťou komplexného liečebného prístupu. Kratochvíl (2006) stavia podpornú psychoterapiu do protikladu k rekonštrukčnej psychoterapii. Pri podpornej psychoterapii ide o poskytovanie porozumenia, podpory a pomoci osobnosti takej, aká je, bez snahy o jej výraznú zmenu. Podporná psychoterapia zdôrazňuje pozitívne stránky osobnosti, vedie k pozitívnemu mysleniu a k dôvere vo vlastné sily, pomáha pri zvládaní aktuálnych situácií a problémov (Kratochvíl, 2006).

Viacere definície podpornej psychoterapie sa zhodujú v tom, že podporná psychoterapia je liečba, pri ktorej hrá terapeut aktívnu a priamu úlohu, snaží sa pomôcť pacientovi zdokonaľiť sociálne fungovanie a schopnosť vysporiadať sa s problémami. Dôraz sa pri nej kladie viac na zlepšenie správania a subjektívnych pocitov, než na dosiahnutie vhladu a seba porozumenia (Novalis et al., 1999). Pinsker (1998) uvádza, že pojem podporná terapia sa používa na označenie aktivít, ktoré smerujú k prevencii relapsov a zhoršení, zameriavajú sa na prekonanie symptómov, ale neprinášajú osobnostnú zmenu. Podľa Conteho (1994) existujú dva prístupy k definovaniu podpornej psychoterapie. Prvým prístupom sú definície psychoanalyticky orientovaných teoretikov, ktorí definujú podpornú psychoterapiu ako dynamickú terapiu, ktorá však nie je primárne zameraná na vhlad, ale viac sa v nej využívajú podporné prvky expresívno-suportívneho kontinua (viac o tomto kontinuu pozri nižšie). Teoretický rámec podpornej psychoterapie teda tvoria psychodynamické prístupy. Podporná psychoterapia tak tvorí vonkajšiu kosť, ktorá zastrešuje rozličné psychodynamické koncepty (Pinsker, 1994). Príkladom môže byť Buckleyho (1994) konceptualizácia podpornej psychoterapie, ktorý vy-

chádza zo *self* psychológie a teórie objektných vzťahov. Centrálnou v podpornej psychoterapii je podľa neho povaha terapeutického vzťahu a jeho využitie v liečbe. Terapeut tu slúži ako „dobrý objekt“, ktorý, kedykoľvek je to možné, udržiava pozitívny prenos a zabezpečuje *bezpečie v terapeutickú situáciu*. Proces internalizácie pozitívnych aspektov tohto vzťahu je kľúčovým prvkom pre efektívnu pozitívnu zmenu u pacienta v podpornej liečbe (Buckley, 1994). Podpornú psychoterapiu ako formu psychodynamickéj terapie chápu aj Winston, Rosenthal a Pinsker (2006). Definujú podpornú psychoterapiu ako dyadickú liečbu, ktorá využíva intervencie na zmiernenie symptómov, udržiava, obnovuje alebo zvyšuje sebaúctu, zameriava sa na fungovanie ega a adaptačné funkcie. Za týmto účelom preskúmava reálne aj prenosové vzťahy, skúma minulosť spolu s bežnými emocionálnymi aj behaviorálnymi vzorcami. V prípadoch, keď sa na podpornú psychoterapiu nazerá z psychoanalytickej perspektívy, môžeme hovoriť o psychoanalytickej, alebo psychoanalyticky orientovanej podpornej psychoterapii (Berlincioni, Barbieri, 2004).

Druhým prístupom je nazeranie na podpornú psychoterapiu ako na terapiu eklektickú, ateoretickú (Conte, 1994). V pozadí podpornej psychoterapie nestojí žiadna tória, pri podpornej terapii sa využívajú postupy a techniky rôznych terapeutických prístupov, ktorých účinnosť bola empiricky overená pri dosahovaní terapeutických cieľov (Novalis et al., 1999).

Novalis so spolupracovníkmi (1999) teda zhrňajú postoje psychoterapeutov praktikujuúcich podpornú psychoterapiu do vyjadrenia: „Vyberajú to najlepšie z rôznych prístupov“. A ďalej pokračujú: Na akom základe rozhodujú o tom, čo je z nich „najlepšie“? Navrhujeme také vysvetlenie, že terapeuti, používajúci podpornú psychoterapiu, vyberajú prístupy, ktoré sa osvedčili im samotným alebo tie, ktoré sa osvedčili iným terapeutom. Podľa nás sa podporná psychoterapia líši od iných psychoterapií svojimi epistemologickými východiskami. Väčšina z niekoľkých stoviek psychoterapií je založená na koncepcii alebo teórii psychiky. Podporná psychoterapia sa odlišuje v tom, že nie je závislá na špecifickom základnom koncepte alebo teórii, ale využíva bohaté výsledky empiricky potvrdených prác mnohých teoretikov o tom, ako sa ľudia menia. Navrhujeme preto nasledovnú definíciu podpornej psychoterapie: Podporná psychoterapia je psychoterapeutickou technikou, používajúcou techniky založené na empirii – to znamená také, ktoré sa v praxi ukázali účinnými pri dosahovaní nasledovných cieľov:

1. vytvoríť podporný vzťah terapeut – pacient,
2. pozdvihnúť pacientove silné stránky, schopnosti copingu a schopnosť využívať zdroje podpory v prostredí v ktorom žijú,
3. redukovať pacientove subjektívne ťažkosti a nevhodné správanie,
4. dosiahnuť čo najvyšší stupeň nezávislosti pacienta od jeho psychickej poruchy,
5. podporovať u pacienta v najvyššej možnej miere samostatnosť pri rozhodovaní o liečbe.

Tabuľka 1. Expresívno-suportívne kontinuum intervencií (Gabbard, 2006)

Interpretácia	Konfrontácia	Povzbudenie k pokračovaniu	Psychoedukačné intervencie	
	Pozorovanie	Klasifikácia	Psychoedukačné potvrdenie	Rada, pochvala ocenenie
Expresívne intervencie			Suportívne intervencie	

Podporná psychoterapia je založená na empirii a riadená skôr pacientom ako nejakou teóriou. Terapeutova aktivita v každom bode liečby je podmienená momentálnym stavom pacienta, podľa ktorého terapeut volí vhodnú techniku bez teoretických predsudkov. Navyše podporný terapeut môže v priebehu liečby meniť techniky, postupne zisťujúc, čo je pri práci s daným symptómom účinné. Podporní terapeuti pracujú s konceptmi prenosu a obranných mechanizmov, ale nevyžadujú teórie o predpokladaných príčinách pacientovej poruchy. Dokonca aj terapeuti, ktorí sú upnutí na určité teórie, môžu používať podpornú psychoterapiu, keď zistia, že žiadna jediná izolovaná teória nepostačuje na vysvetlenie niečoho tak komplexného, ako je ľudské správanie, ani ku sformovaniu podkladov pre intervenciu (Novalis et al., 1999, s. 5–6).

Podľa nášho názoru, každý terapeut by mal pri svojej práci s pacientom vychádzať pokiaľ možno z určitého teoretického chápania osobnosti a modelu psychopatológie (či už psychodynamického alebo iného koherentného modelu, s ktorým je dôverne oboznámený), ktoré slúži k porozumeniu pacientových problémov, vedie ku conceptualizácii, či formulácii prípadu, ktorým sa definuje plán liečby, terapeutické ciele a výber intervencií (Timulák, 2006). Pri podpornej psychoterapii je však naozaj potrebná široká eklektickosť a flexibilita, pretože pacienti sú rôznorodí, ich životné situácie pestré a niekedy úplne mimoriadne a terapeut využíva širokú škálu intervencií, pochádzajúcich nielen z psychodynamických škôl, ale z veľkej miery aj kognitívno-behaviorálnej povahy, tiež intervencie humanistických a experienciálnych prístupov, prvky rodinnej a systemickej terapie a pod. (o intervenciách v podpornej psychoterapii viac nižšie).

Nazdávame sa, že z hľadiska integračného potenciálu má v súčasnosti mimoriadne postavenie transakčná analýza v chápaní Schlegela (2006) ako „kreatívne spojenie hlbínnej a kognitívnej psychoterapie“, ktorá bez protirečení a prirodzene vo svojom teoretickom rámci a praxi prijíma navyše aj behaviorálne, humanistické (zvlášť geštalt terapeutické), komunikačné a systemické prístupy. Významnými predstaviteľmi integratívno-elektického prístupu sú v československom priestore S. Kratochvíl (2006), F. Knobloch a J. Knoblochová (1999) a i.

Expresívno-suportívne kontinuum

Na tomto mieste sa vrátíme k spomenutému expresívno-suportívnemu kontinuu. Jednotlivé psychotherapeutické prístupy môžu byť conceptualizované ako spektrum alebo kontinuum, ktorého jeden pól tvoria expresívne prístupy (vysvetľujúce, interpretujúce, na vhlad orientované), druhý pól tvoria suportívne, podporné prístupy. Winston, Rosenthal a Pinsker (2006) spájajú toto kontinuum so psychopatologickým kontinuumom. Expresívne prístupy sú vhodné pre pacientov s najmenším stupňom narušenia. Potom nasledujú expresívno-suportívne prístupy a suportívno-expresívne prístupy, ktoré sú vhodné pre ľahko a stredne narušených pacientov. Druhý pól kontinua tvoria suportívne prístupy, ktoré sú vhodné pre pacientov s najväčším stupňom psychopatológie. Podľa povahy pacientovej patológie alebo stupňa jeho narušenia si teda terapeut volí vhodný prístup. Gabbard (2006) na toto kontinuum umiestňuje jednotlivé terapeutické intervencie, znázorňujeme ich v tabuľke 1.

Na tomto kontinuu sa môže terapeut pri svojej práci s pacientom pohybovať relatívne voľne, berúc do úvahy stupeň narušenia pacienta a terapeutické ciele. Tie môžu byť pre jednotlivé terapeutické prístupy špecifické. Podpornú psychoterapiu tak môžeme definovať ako terapeutický prístup nachádzajúci sa na suportívnom póle expresívno-suportívneho kontinua, ktorý na dosiahnutie svojich cieľov využíva predovšetkým suportívne intervencie. Aké sú tieto ciele si predstavíme v nasledujúcej časti.

Ciele podpornej psychoterapie

Podporná psychoterapia sa často vymedzuje uvedením jej cieľov. Dewald (1994) uvádza, že cieľom podpornej terapie je redukovanie alebo zmiernenie intenzity prejavovaných alebo prítomných symptómov, distresu alebo nespôsobilosti, redukovanie miery narušenia správania, ktoré bolo spôsobené pacientovou psychickou poruchou. Cieľom je zlepšiť pacientovu adaptáciu, a to akýmkoľvek spôsobom, ktorý je k dispozícii. Podporná psychoterapia sa zameriava na úroveň manifestného, prejavovaného stresu a narušenia. Cieľom podpornej psychoterapie môže byť signifikantné zlepšenie, v niektorých prípadoch môže byť cieľom predchádzanie ďalšiemu narušeniu a udržanie súčasného stavu, inokedy môže byť cieľ ob-

medzený na pomoc pacientovi ukončiť alebo predísť hospitalizácii (Dewald, 1994).

Novalis, Rojcewicz a Peele (1999) rozdeľujú ciele podpornej psychoterapie na často stanovované a zriedkavé. Medzi často stanovované ciele podpornej psychoterapie patria tieto:

1. redukovanie behaviorálnych dysfunkcií;
2. redukovanie subjektívneho psychického distresu;
3. podpora a posilnenie pacientových silných stránok, zvládacích schopností a jeho možnosti využívať podporu prostredia;
4. maximalizovanie pacientovej autonómie v liečbe;
5. dosiahnutie maximálne možnej nezávislosti od duševnej poruchy.

Medzi ciele, ktoré sa v podpornej psychoterapii stávajú len zriedkavo, patrí dosiahnutie vhľadu a seba porozumenia, preskúmanie medziľudských vzťahov a vnútorných skúseností, objasnenie intrapsychických konfliktov a reštruktúracia osobnosti (Novalis et al., 1999). Tieto ciele sa nachádzajú viac na expresívnom póle expresívno-suportívneho kontinua, pričom pri podpornej psychoterapii sa terapeut pohybuje bližšie pri suportívnom póle. Dewald (1994) zastáva názor, že cieľom podpornej psychoterapie môže byť aj rozšírenie pacientovho uvedomovania si vlastných duševných procesov, k čomu je teda možné zahrnúť aj expresívne techniky. My preto dodávame, že umenie psychoterapie spočíva v citlivom integrovaní suportívnych aj expresívnych prvkov podľa potrieb konkrétneho pacienta so špecifickým stupňom psychického narušenia v konkrétnej terapeutickej situácii.

Intervencie podpornej psychoterapie

Mendelsohn (2003) uvádza, že veľmi často dochádza k zamieňaniu pojmov podporné techniky a podporná psychoterapia. Podľa neho všetky psychoterapie používajú nejaké podporné techniky (napr. empatické reflektovanie, nehodnotiace posúdenie pacienta atď.). Podľa Barbera, Stratta, Halperina a Connolly (2001) môžeme podporné techniky nájsť v rôznych psychoterapeutických modalitách, môžeme ich zaradiť medzi spoločné faktory psychoterapie. Mendelsohn (2003) preto dodáva, že psychoterapia je podpornou práve vtedy, ak je primárne zložená z podporných techník.

Novalis, Rojcewicz a Peele (1999) rozdeľujú podporné intervencie na vysvetľujúce a direktívne. Vysvetľujúce pôsobia na troch úrovniach. Prvou úrovňou, ktorá je najviac na povrchu, je komunikačná úroveň. Na tejto úrovni sa jedná napríklad o empatické načúvanie, prejavenie záujmu, riadenie prenosu, pozorovanie, uisťovanie. Druhú, hlbšiu úroveň podporných intervencií tvorí konfrontácia. Intervencie na tejto úrovni môžu u pacientov zvyšovať úzkosť a obrazy, preto sú vhodné v neskorších sedeniach terapeutického procesu. Pri konfrontácii upriamujeme pozornosť pacienta na rozpory v jeho správaní alebo na rozpory v jeho cieľoch alebo motívoch. Na tretej úrovni podporných intervencií sa jedná o vysvetľovanie, objasňovanie a interpretáciu. Tieto

intervencie sa však už výraznejšie pohybujú smerom k expresívnemu kontinuu (Gabbard, 2006). Druhá skupina podporných techník, direktívne techniky, si vyžaduje aktívnejší prístup terapeuta. Akákoľvek direktívna technika (nakoniec ako každá psychoterapeutická technika) sa musí realizovať v kontexte rozvinutého terapeutického vzťahu, založenom na dôvere a rešpekte pacienta. Medzi direktívne techniky patria rada a vedenie, jasná inštrukcia, vymedzenie podmienok, rozvoj sociálnych zručností a iné.

Winston, Rosenthal a Pinsker (2006) medzi základné intervencie podpornej psychoterapie zaraďujú: uznanie, uistenie, povzbudenie, prerámčovanie, poskytnutie rady a učenie, anticipačné sprevádzanie (príprava), redukovanie a prevencia anxiety, pomenovanie problému a rozširovanie pacientovho uvedomovania (prostredníctvom klarifikácie, konfrontácie a interpretácie).

Blaser, Heim, Ringer a Thommen (1994) pokladajú za hlavné praktické súčasti podpornej psychoterapie *posilnenie, povzbudenie, štruktúrovanie, vecné informovanie a oporu*. Posilnenie, či posilňovanie, predpokladá dobre fungujúce pracovné spojenectvo, terapeut a pacient spolu pracujú na zvládaní zdravotného problému. V hre je teda aspekt vzťahu „dospelý – dospelý“, ako by sa to dalo vyjadriť transakčne analytickou terminológiou. Intervencie na spôsob: „Niekedy obdivujem, ako dokážete v sebe rozvíjať tieto nové stránky,“ alebo „Tu nemám čo dodať, udržujte proces pekne v chode“, „Len tak pokračujte ďalej“, majú charakter postojov dobrosrdečného, prajného rodiča a rodičovského povolenia. Povzbudenie stotožňuje s dodaním odvahy, obsahuje ciele sugescie, pričom je potrebné dbať na správne dávkovanie, načasovanie a časové limitovanie. Empatické použitie má zabrániť riziku, aby senzitívny pacient túto intervenciu pociťoval ako vnucovanie, histriónsky ako zvädzanie, obsedantný ako ponižovanie, depresívny ako nezaslúžené, závislý alebo fobický ako povzbudenie k ďalšiemu vyhýbavému správaniu. Štruktúrovanie je potrebné, keď pacient stráca vo svojej situácii prehľad. Terapeut tu môže pôsobiť ako „pomocné ego“. Napríklad: „Takže, vidím to trochu inak než vy. Mne to celé neprípadá tak bezvýhodiskové. Viem si predstaviť, že by sme sa mohli bližšie pozrieť na nasledovné možnosti.“ (príklad od Blaser et al., 1994). Vecné informovanie je vlastne aktívnym poradenstvom. Môže prirodzene zahŕňať aj poskytovanie alebo odporúčanie edukačnej literatúry a následné diskutovanie o nových poznatkoch. Opora, byť pacientom oporou, je dôležité, keď sa pacienti cítia osamotení, nepochopení a neznesiteľní. Ak cítia alebo sa im od terapeuta dostane aj explicitného ubezpečenia, že je ochotný to vydržať, sprevádzať ich a byť im oporou, je šanca, že sa upokoja (saturácia a následná deaktivácia pripútavacieho správania pacienta) a môže sa aktivovať ich exploračné správanie.

Podrobné predstavovanie jednotlivých intervencií či techník podpornej psychoterapie prekračuje rámec tejto štúdie, čitateľom odporúčame u nás vydané obsažné a systematické publikácie venujúce sa špecificky podpornej psychoterapii (sú nimi Novalis et al. (1999) a Winston et al. (2006), pre krátkodobé terapie Blaser et al. (1994) a Levenson et al. (2005)).

Tabuľka 2. Kontinuum podporných psychoterapeutických techník (Mendelsohn, 2003)

Vonkajšie			Vnútorne	
Kategória 1 Konanie: – medikácia – hospitalizácia – predchádzanie fyzickému poškodeniu – manipulácia s prostredím	Kategória 2 Konanie: – poskytovanie rady – presvedčovanie a prehováranie – hranie rolí – pomoc pacientovi rozvinúť nové záujmy	Kategória 3 Konanie: – vyjadrenie rešpektu – uistenie – facilitovanie terapeutického vzťahu	Kategória 4 Konanie: – maximalizovanie možností – testovanie reality – stanovenie realistických cieľov – terapeut slúži ako model	Kategória 5 Konanie: – zvládanie hnevu – zvyšovanie frustračnej tolerancie – zmiernovanie nadmernej viny – normalizovanie pocitov – modulovanie úzkosti

Na tomto mieste si však ešte predstavíme suportívne kontinuum (Mendelsohn, 2003), ktoré konceptualizuje techniky podpornej psychoterapie podľa toho, či sa pri nich terapeut zameriava na zmenu prostredia, alebo na zvyšovanie pacientovej schopnosti adaptácie (tabuľka 2). Suportívne kontinuum má päť kategórií – od vonkajších, ktoré sa týkajú pacientovho vonkajšieho sveta, až po vnútorné, ktoré sa týkajú myslenia a cítenia pacienta. Čím bližšie k vonkajším kategóriám, tým sa vyžaduje väčšia aktivita terapeuta. V prvej kategórii, do ktorej patrí predpisovanie medikácie, hospitalizácia, či zorganizovania stretnutia s rodinnými príslušníkmi, na ktorom sa spoločne hľadajú spôsoby zmeny pacientovho prostredia, je pacient pasívny, koná za neho terapeut. V ďalšej kategórii kontinua je pacient aktívnejší, sám uskutočňuje zmeny, ku ktorým ho vedie terapeut. V strede kontinua sa aktivita terapeuta obmedzuje na poskytovanie uznania a posilnenie pacienta, necháva sa priestor vlastnej iniciatívy pacienta. Smerom k vnútornému pólu sa intervencie už nezameriavajú na správanie, ale na osvojenie si adaptívnejšieho spôsobu myslenia. Najvnútornejšia kategória obsahuje intervencie zamerané na zvládanie emócií ako sú hnev, úzkosť či nadmerná vina (Mendelsohn, 2003).

Výber vhodnej intervencie sa riadi stanovenými psychoterapeutickými cieľmi. Niekedy môže byť dostačujúcim cieľom dosiahnutie spolupráce pacienta pri pravidelnom užívaní liekov. Je dôležité stanovovať si realistické ciele, ktoré dokáže pacient splniť. Stanovenie si príliš ambiciózných cieľov, ktoré prekračujú reálne možnosti pacienta, vedie k pacientovmu zlyhaniu, ktoré pre neho môže mať veľmi negatívny terapeutický dopad. Naopak, zážitok z úspechu pri zvládaní jednotlivých čiastkových krokov pacienta posmeľuje k ďalšej terapeutickej práci. V práci s pacientom, u ktorého sme dosiahli pravidelné užívanie liekov, môžeme pokračovať v zvyšovaní jeho sebaúcty prostredníctvom prejavovania nášho ocenenia a povzbudení, neskôr môžeme používať intervencie zamerané na testovanie reality. Potom, čo si pacient osvojí adaptívnejšie spôsoby myslenia, bez hrubých kognitívnych dysfunkcií alebo skreslení, môže sa postupne učiť zvládať svoj hnev či úzkosť. Úspech v jednotlivých cieľoch bude súčasne

posilňovať terapeutický vzťah, čo takisto výrazne prispieje k motivácii pacienta pre dosahovanie ďalších zmien. Tým sa dostávame k ďalšej kľúčovej téme podpornej psychoterapie, ktorou je vzťah terapeuta a pacienta.

Úloha terapeutického vzťahu v podpornej psychoterapii

Dnes je nespochybniteľné, že základným predpokladom úspešnej psychoterapie je dobrý terapeutický vzťah. Celkový pozitívny terapeutický vzťah patrí medzi premenné, ktoré majú silný vzťah k výsledku psychoterapie (Orlinsky, Grawe, Parks, 1994). Terapeutický vzťah má kľúčový význam aj v podpornej psychoterapii (Novalis et al., 1999; Winston et al., 2006).

Vzťah medzi terapeutom a pacientom obsahuje tri vzájomné súvisiace aspekty:

1. reálny vzťah;
2. pracovné (terapeutické) spojenectvo;
3. prenosový vzťah (Novalis et al., 1999).

V podpornej psychoterapii je v centre pozornosti reálny vzťah medzi terapeutom a pacientom (Winston et al., 2006). Je hlavným zdrojom podpory, vytvára predpoklady pre rozvoj ostatných dvoch aspektov (Novalis et al., 1999). Tým, že sa vzťah medzi terapeutom a pacientom uskutočňuje v kontexte terapeutického usporiadania, obsahuje aj aspekt pracovnej spolupráce, aliancie. Jednotliví účastníci psychoterapie vystupujú vo svojich rolách – terapeut je profesionál na starostlivosť o duševné zdravie, ktorý poskytuje svoje vedomosti a zručnosti na pomoc pacientovi; pacient vyhľadáva odbornú starostlivosť terapeuta, aby u neho našiel úľavu od svojich ťažkostí. Tretím aspektom vzťahu medzi pacientom a terapeutom je podľa Novalisa a spolupracovníkov (1999) prenosový vzťah.

Prenos je jedným z kľúčových konceptov psychodynamikkej psychoterapie (Gabbard, 2006). Aj keď sa tento pojem v priebehu vývinu novších psychoanalytických a ostatných psychodynamických prístupov postupne modifikoval,

vo všeobecnosti ním rozumieme také aspekty terapeutického vzťahu, pri ktorých sa pacient vzťahuje k svojmu terapeutovi prostredníctvom vzorcov, ktoré pochádzajú z jeho vzťahov z minulosti. Práca s prenosom je charakteristická pre expresívny pól expresívno-suportívneho kontinua. V podpornej terapii je však prenos tiež aktívny a nemôže sa ignorovať (Novalis et al., 1999). Je dôležité, aby ho terapeut rozpoznal a pozorne ho sledoval (Winston et al., 2006). Pozitívny prenos, ak nie je extrémny, sa neinterpretuje, môže byť využitý na posilnenie terapeutického vzťahu (Dewald, 1994). Negatívny prenos sa venuje väčšia pozornosť, aj keď sa s ním pracuje iným spôsobom ako v expresívnych psychoterapiách. V podpornej psychoterapii sa predpokladá, že správanie pacienta k terapeutovi poukazuje na jeho správanie sa k druhým ľuďom v každodenných situáciách (Winston et al., 2006). Tým, že terapeut zvláda hnev alebo hostilné správanie pacienta, slúži pacientovi ako model pre modifikovanie týchto vzorcov správania adaptívnejším smerom (Dewald, 1994). Pri práci s prenosom v podpornej psychoterapii ide teda o rozpoznávanie maladaptívnych vzorcov správania, pričom poukázanie na tieto vzorce slúži k posilneniu adaptívneho fungovania pacienta (Winston et al., 2006). Bowlbyho teória vzťahovej väzby a pripútavacieho správania (Hašto, 2006) sa nám javí ako rámeček, v ktorom sa podporná psychoterapia, ktorú sme náchylní chápať ako akúsi esenciu psychoterapie, javí ako prirodzené vychádzanie v ústrety evolučne starej ľudskej potrebe hľadať oporu, upokojenie a prípadné dočasné usmernenie u niekoho, kto sa človeku javí ako kompetentný (v tomto prípade profesionál v oblasti duševného zdravia). Z hľadiska teórie vzťahovej väzby pri použití jej terminológie, môžeme terapiu, stretnutia s terapeutom na určitom mieste (ambulancia, pracovňa) chápať ako *bezpečnú základňu*, od terapeuta sa požadujú kvality *jemnocitnej matky/rodiča* (schopnosť správne „čítať“ pacientove signály, primerané promptné reagovanie na potreby pacienta, dostupnosť, stálosť, rešpekt, aj voči potrebe autonómie, exploračným tendenciám). Tieto vzťahové kvality môžu podnecovať ku *korigujúcej emočnej skúsenosti* (F. Alexander, pozri Schlegel 2006), čo sa zrejme zvlášť efektívne deje ak je súčasne aktivovaný problémový prenos, resp. vnútorný pracovný model (Bowlby), ako na to upozorňuje vo svojej poslednej monografii Grawe (2004), keď uvažuje prečo podľa najnovších metaanalýz efektivity psychoterapie depresie vychádzajú ako najúčinnšie tie psychoterapie, ktoré kladú dôraz na vzťahy a ich kvalitu.

V kontexte psychiatrickej starostlivosti môže dôležitú úlohu zohrať aj tzv. inštitucionálny prenos. Je definovaný ako pacientov prenos na inštitúciu, ktorá mu poskytuje liečbu (klinika, oddelenie, ambulancia, stacionár). Predstavuje rodičovskú personalizáciu inštitúcie, môže byť pozitívny alebo negatívny (Novalis et al., 1999). V podmienkach pracovísk, kde je vysoká fluktuáciou terapeutov, ktorí poskytujú pacientovi liečbu, môže pozitívny inštitucionálny prenos poskytnúť pacientovi pocit kontinuity.

Indikácia podpornej psychoterapie

Podporná psychoterapia má veľmi široké využitie (Hellersstein et al., 1994; Novalis et al., 1999; Winston et al., 2006), či pre psychiatrických pacientov, pre somaticky chorých pacientov na zmierňovanie ich psychického distresu, alebo pre jednotlivcov prekonávajúcich akútnu krízu. Tradične sa indikovala podporná psychoterapia pre pacientov, ktorí neboli vhodní pre expresívne, na vhlad zamerané terapie. Podľa Dewalda (1994) pacienti, ktorí sú vhodní skôr na expresívne terapie, sú si vedomí toho, že ich ťažkosti pochádzajú primárne z nich samých (neobviňujú za ne druhých), zaujímajú sa o seba, chcú porozumieť sami sebe a najsť riešenie pre svoje ťažkosti na ich základnej úrovni. Majú základnú schopnosť dôverovať ľuďom, sú schopní tolerovať úzkostné, depresívne a iné nepríjemné pocity, sú schopní pracovať na dlhodobých terapeutických cieľoch. Ľahko vstupujú do terapeutického spojenectva a hľadajú osobnostnú zmenu (Dewald, 1994). Naopak pacienti, ktorí tieto charakteristiky nespĺňajú, sú odporúčení pre podpornú psychoterapiu.

V súčasnosti však tento tradičný názor ustupuje do úzadia, pretože na základe výsledkov výskumu Menningerovej nadácie (pozri nižšie) a iných výskumov sa zistilo, že aj pomocou podpornej psychoterapie dochádza k tzv. štruktúrnym osobnostným zmenám. Z toho vyvodzujú Winston so spolupracovníkmi (2006) záver, že *podporná psychoterapia je vhodná aj u pacientov na vyššej úrovni fungovania. Za najčastejšie používanú formu psychoterapie považujú podpornú psychoterapiu, do ktorej sa môžu zaradiť expresívne prvky.*

Klinické znáhodňované skúšky dokázali účinnosť podpornej psychoterapie pre pacientov s *depresiou, schizofréniou a fóbickými poruchami* (Novalis et al., 1999). Winston so spolupracovníkmi (2006) odporúčajú podpornú psychoterapiu pre dve skupiny pacientov. Prvú skupinu tvoria pacienti v kríze, kde sa jedná sa o pomerne dobre fungujúcich a dobre adaptovaných jednotlivcov, u ktorých sa objavili symptómy v kontexte akútneho, ohromujúceho alebo neobvyklého stresu. Autori tu zaraďujú aj pacientov so *somatickým ochorením*, u ktorých sa môže objaviť zvýšený distres v súvislosti so zvládaním ich ochorenia. Podporná psychoterapia sa preto odporúča aj v konzultačnej/liaison psychiatrickej starostlivosti (Blumenfeld, Tiamson, 2006). Zvýšiť intenzitu podporných techník je vhodné aj v prípade expresívnych psychoterapií v čase, keď sa pacient nachádza v kríze. Druhú skupinu tvoria pacienti s *chronickým ochorením*, ktorí sa tradične považujú za indikovaných pre podpornú psychoterapiu. Ide o jedincov s ťažkými deficitmi v adaptačných zručnostiach a vo fungovaní ega. Patria tu pacienti s ťažkými duševnými poruchami, u ktorých neočakávame úzdravu, ale podporná psychoterapia im môže pomôcť zvýšiť sebaúctu, schopnosti adaptácie, interpersonálne a sociálne zručnosti. Pre podpornú psychoterapiu sú indikovaní aj pacienti s poruchami osobnosti.

Aj keď sú indikácie podpornej psychoterapie veľmi široké, treba vždy starostlivo zvážiť, či a ako ju použiť (Novalis et al., 1999). Podporná psychoterapia je kontraindikovaná fak-

ticky iba vtedy, keď je kotraindikovaná psychoterapia ako taká (Winston et al., 2006). Ide o pacientov v delíriu, pacientov v pokročilejšom štádiu demencie, pacientov s organickou poruchou, drogovu intoxikovaných pacientov a pacientov s narušenou krátkodobou pamäťou. Novalis so spolupracovníkmi (1999) uvádzajú tri skupiny pacientov, ktorí nie sú vhodní pre podpornú psychoterapiu. Ide o pacientov, ktorí by viac profitovali z iného typu terapie (keď je napríklad vhodnejšia skupinová alebo rodinná terapia, keď pacienti vyhľadajú terapiu kvôli zvyšovaniu sebapoznania a pod.). Ďalej sú to pacienti, ktorí nie sú schopní profitovať z terapie (pacienti s kognitívnym narušením, nebezpečne hostilní pacienti, mentálne retardovaní pacienti a tí, ktorí v minulosti nemali úžitok z podpornej psychoterapie). Napokon sú to pacienti, ktorí nie sú schopní zaangažovať sa do terapie (neželajú si liečbu, popierajú svoje ochorenie).

Výskum účinnosti podpornej psychoterapie

Nárast záujmu o podpornú psychoterapiu podnietil práve výskum účinnosti psychoterapie. Veľkú pozornosť na podpornú psychoterapiu pritiahol longitudinálny naturalistický výskumný projekt Menningerovej nadácie (Wallerstein, 1989). V tomto projekte sa porovnávali výsledky psychoanalýzy s psychoanalytickou expresívnou a podpornou psychoterapiou, skúmal sa aj proces dosahovania zmeny v týchto liečbach. Sledovalo sa 42 pacientov v priebehu liečby aj dlhodobo katamnesticky (niektorí pacienti až počas obdobia 30 rokov). Psychoanalýza dosiahla limitovanejšie výsledky ako sa predpokladalo, zatiaľ čo obidve psychoterapie dosiahli významnejšie výsledky oproti predpokladu. Všetky typy liečby obsahovali viac podporných prvkov, ako sa pôvodne zamýšľalo. Tieto podporné prvky boli zodpovedné za väčší rozsah zmien (vrátane tzv. štrukturálnych zmien vo fungovaní osobnosti), než sa očakávalo. Všetky zmeny, bez ohľadu na to, ktorou formou liečby sa dosiahli, sa zdali byť neodlíšiteľné od spomínaných štrukturálnych zmien osobnosti (pozri aj Wallerstein, 2002). Teda aj podporná psychoterapia viedla u pacientov k osobnostným zmenám, čo bolo v rozpore s predpokladmi.

Ďalším významným projektom bola štúdia liečby schizofrénie Národného inštitútu duševného zdravia (NIMH) v Spojených štátoch (pozri zhrnutie v Kates a Rockland, 1994). Schizofrenní pacienti, užívajúci svoju zvyčajnú medikáciu, podstúpili dvojročnú liečbu, počas ktorej boli sledovaní. Jedna skupina absolvovala exploratórnu, na vhlad orientovanú psychoterapiu s frekvenciou trikrát týždenne, druhá skupina podpornú, na realitu adaptujúcu psychoterapiu jedenkrát týždenne. Výsledky v obidvoch skupinách boli porovnateľné. Pacienti s exploratórnou psychoterapiou dosiahli stredne lepšie výsledky vo fungovaní ega a v kognitívnom fungovaní. Pacienti s podpornou psychoterapiou však boli na tom podstatne lepšie v recidivách hospitalizácie a v uskutočňovaní svojej sociálnej roly. Títo pacienti však súčasne absolvovali trikrát menej terapeutických sedení, čo má nepopierateľný ekonomický dopad.

Poslednou veľkou štúdiou, ktorú si spomenieme, je Kollaboratívny výskumný projekt liečby depresie NIMH (Elkin, Shea, Watkins et al., 1989; Elkin, 1994). Tento veľký projekt, ktorý sa dnes považuje za štandard znáhodňovaných klinických skúšok skúmania psychoterapie porovnával účinnosť štyroch liečebných podmienok – kognitívnu terapiu depresie, interpersonálnu terapiu, imipramín s tzv. klinickým usmerňovaním (clinical management) a liekové placebo s klinickým usmerňovaním. Klinické usmerňovanie v sebe zahŕňalo podporu, radu, rozhovor o medikácii a jej prípadných ťažkostiach, sledovanie pacientovho stavu. Táto forma klinického usmerňovania sa považuje za minimálnu formu podpornej psychoterapie (*minimal supportive therapy*, Elkin et al., 1989). Vo všetkých štyroch podmienkach boli výsledky pomerne vyrovnané. Tri aktívne liečby sa medzi sebou vo výsledku štatisticky signifikantne nelíšili, takisto sa len minimálne líšili od placeba s klinickým usmerňovaním. Kognitívna terapia sa od placeba s klinickým usmerňovaním nelíšila na žiadnom nástroji merania v žiadnej skupine pacientov. Interpersonálna terapia sa od placeba s klinickým usmerňovaním líšila iba na jednom nástroji merania v jednej skupine, pri použití iného kritéria sa líšila na rovnakom nástroji merania vo všetkých skupinách. Imipramín s klinickým usmerňovaním sa od placeba s klinickým usmerňovaním líšil iba na niektorých nástrojoch merania v niektorých porovnaníach. Keď to teda zhrnieme, klinické usmerňovanie, akási mierna forma poskytovania podpory pacientom, teda minimálna supportívna psychoterapia, či už bola spojená s imipramínom alebo s liekovým placebo, dosiahla porovnateľné výsledky ako poskytovanie špeciálne vymedzenej psychoterapie.

Z rozhovorov s viacerými skúsenými klinickými psychiatrami, ktorí majú prípadne ešte navyše aj skúsenosti s placebo kontrolovanými znáhodňovanými psychofarmakologickými výskumnými štúdiami, je zjavné, že si väčšinou jasne uvedomujú terapeutickú hodnotu vzájomného vzťahu lekára a pacienta. Zdá sa nám odôvodnené predpokladať, že k „placebo“ alebo „nocebo“ vplyvu podávaného „lieku“, či už ide o farmakologický účinný alebo neúčinný látka, vplyvu danému pravdepodobne pohotovosťou subjektu k objektným vzťahom (inkorporácia „dobrého“ vs. „zlého“ objektu, či ich „zmesi“), pristupuje ešte v klinickej situácii ďalší pozitívny alebo negatívny vplyv súvisiaci s kvalitou vzťahu a komunikácie medzi lekárom/terapeutom a pacientom, totiž terapeutova schopnosť utvárať pracovné spojenectvo, konštruktívne zvládať protiprenos, poskytovať oporu, bezpečnú základňu (Bowlby), aktivovať pozitívne očakávania, nádej, odvahu explorať dosiaľ nevyužitú možnosť.

Sledovala sa aj účinnosť podpornej psychoterapie pri distrese spôsobenom somatickým ochorením. Napríklad Clasen, Butler, Coopman a spolupracovníci (2001) dokázali, že skupinová supportívno-expresívna terapia, zameraná na poskytovanie podpory, úspešne redukovala symptómy distresu u žien s rakovinou prsníka.

Existuje ešte veľké množstvo iných štúdií, ktoré sledovali účinnosť podpornej psychoterapie (pozri prehľad v Conte, 1994). Tie preukázali, že podporná psychoterapia je dosta-

točné účinná, vo väčšine prípadov sa jej účinnosť približuje účinnosti expresívnych terapií. Výskum podpornej psychoterapie má však aj svoje metodologické problémy. Podľa Con-
teho (1994) sa vo výskumných štúdiách označujú veľmi rôz-
norodé prístupy za podporné, častokrát chýba ich podrob-
nejší opis. To spôsobuje ťažkosti pri porovnávaní a kumulo-
vaní výsledkov jednotlivých štúdií.

Záver

Podporná psychoterapia je eklekticko-integratívny terape-
utický prístup, ktorý je zameraný na poskytovanie pod-
pory, zvyšovanie sebaúcty, redukovanie symptómov a roz-
víjanie adaptačných a zvládacích schopností pacientov. Pre
svoje ciele využíva primárne intervencie zo suportívneho
pólu expresívno-suportívneho kontinua. Je široko indikova-
teľná, vhodná pre chronických pacientov s ťažkým poškodo-
ním, aj pre relatívne dobre fungujúcich pacientov v kríze. Jej
účinnosť bola potvrdená vo viacerých empirických štúdiách,
vrátane klinických znáhodňovaných skúšok. Podporná psy-
choterapia vyžaduje od terapeuta širokú škálu vedomostí
a zručností. V prvom rade sú to základné pomáhajúce zruč-
nosti, ku ktorým patrí vytvorenie a udržiavanie silného tera-
peutického vzťahu, ktorý je v podpornej psychoterapii kľú-
čový. Ďalej je to praktické zvládnutie *intervencií viacerých
terapeutických prístupov* (psychodynamických, kognitívno-
behaviorálnych, experienciálnych, systemických a i.). Keďže
je podporná psychoterapia často kombinovaná s mediká-
ciou, od terapeuta – nelekára vyžaduje aj základné znalosti
a orientáciu v psychofarmakológii, ktorá ale prirodzene zo-
stáva plnev rukách lekára. Spolupráca medzi psychofarma-
kologicky liečiacim lekárom a psychoterapeuticky liečiacim
nelekom, ktorí sa starajú o toho istého pacienta je téma
hodná osobitného spracovania. V psychiatrickej starostli-
vosti je podporná psychoterapia najrozšírenejšou liečebnou
metódou. Dostatočná pozornosť by jej preto mala byť veno-
vaná aj vo vzdelávaní psychiatrov a psychoterapeutov. Ako
pozoruhodný sa javí integratívny potenciál modernej trans-
akčnej analýzy a tiež teórie vzťahovej väzby.

Literatúra

American Board of Psychiatry & Neurology (ABPN): Psy-
chiatry and Neurology Core Competencies, Version 4.1,
2004. Dostupné na [http://www.abpn.com/downloads/
/core_comp_outlines/core_psych_neuro_v4.1.pdf](http://www.abpn.com/downloads/core_comp_outlines/core_psych_neuro_v4.1.pdf) 1.8.2006.

Barber, J.P., Stratt, R., Halperin, G., Connolly, M.B.: Sup-
portive Techniques. Are They Found in Different Therapies?
The Journal of Psychotherapy Practice and Research 2001,
10, s. 165-172.

Berlincioni, V., Barbieri, S.: Support and Psychotherapy.
American Journal of Psychotherapy, 2004, 58, s. 321-334.

Blaser, A., Heim, M., Ringer, C., Thommen, M.: Na problém
orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodo-
bej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 1994.

Blumenfeld, M., Tiamson, M.L.A.: Konzultačná/liaison psy-
chiatra. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2006.

Buckley, P.: Self Psychology, Object Relations Theory and
Supportive Psychotherapy. American Journal of Psychothe-
rapy, 1994, 48, s. 519-529.

Classen, C., Butler, L., Coopman, C. et al.: Supportive-
Expressive Group Therapy and Distress in Patients With
Metastatic Breast Cancer. A Randomized Clinical Interven-
tion Trial. Archives of General Psychiatry, 2001, 58, s. 494-
501.

Conte, H.R.: Review of Research in Supportive Psychothe-
rapy: An update. American Journal of Psychotherapy, 1994,
48, s. 494-504.

Elkin, E.: The NIMH Treatment of depression collaborative
research program: Where we began and where we are. In A.
E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychothe-
rapy and behavior change (4th ed., pp. 114-142). New York:
Wiley, 1994.

**Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky,
S.M., Collins, J.F., et al.:** National Institute of Mental Health
Treatment of Depression Collaborative Research Program:
General effectiveness of treatments. Archives of General Psy-
chiatry, 1989, 46, s. 971-982.

Gabbard, G.O.: Dlhodobá psychodynamická psychoterapia.
Trenčín, Vydavateľstvo F, 2006.

Grawe, K.: Neuropsychtherapie. Hogrefe, Gottingen 2004.

Hašto, J.: Vzťahová väzba, pripútavacie správanie a psy-
chiatra – psychoterapia. Psychiatrie, 2006, 10, 1, s. 36-40.

Hellerstein, D.J., Pinsky, H., Rosenthal, R.N., Klee, S.: Sup-
portive Therapy as the Treatment Model of Choice. Journal
of Psychotherapy Practice and Research, 1994, 3, s. 300-306.

Kates, J., Rockland, L.H.: Supportive Psychotherapy of the
Schizophrenic Patient. American Journal of Psychotherapy,
1994, 48, s. 543-561.

Knobloch, F., Knoblochová, J.: Integrovaná psychoterapie
v praxi. Praha, Grada, 1999.

Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. Praha, Portál, 2006.

Levenson, H., Butler, S.F., Powers, T.A., Beitman, B.D.:
Krátka dynamická a interpersonálna terapia. Stručný sprie-
vodca. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2005.

Mendelsohn, F.S.: Choosing Appropriate Techniques. Psy-
chiatric Times, 2003, 20, s. 27-28.

Novalis, P.N., Rojcewicz, S.J., Peele, R.: Klinická príručka
podpornej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 1999.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K.: Process and out-
come in psychotherapy - noch einmal. In: A.E. Bergin &
S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and beha-
vior change (4th ed., pp. 270-376), New York, John Wiley,
1994.

- Pinsker, H.:** The Role of Theory in Teaching Supportive Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1994, 48, s. 530-542.
- Schlegel, L.:** Transakčná analýza ako spojenie hlbinej a kognitívnej psychoterapie. *Psychoterapia presahujúca hranice smerov*. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2006.
- Pinsker, H.:** The Supportive Component of Psychotherapy. *Psychiatric Times*, 1998, 15, s. 11.
- Sullivan, P.R.:** Learning Theories and Supportive Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 128, s. 763-766.
- Timulák, L.:** Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha, Portál, 2006.
- Vymětal, J.:** Vymezení oboru psychoterapie. In: J. Vymětal a kol.: *Obecná psychoterapie*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha, Grada, 2004, s. 19-37.
- Wallerstein, R.S.:** The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An Overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, 2, s. 195-205.
- Wallerstein, R.S.:** Psychoanalytic Therapy Research: An Overview. *The American Psychoanalyst*, 2002, 36, 1, s. 10-13.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., Pinsker, H.:** Úvod do podpornej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F, 2006.

Do redakcie došlo 10.11.2006.