

Drozek, Robert & Unruh, Brandon. (2020). Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism. *Journal of Personality Disorders*. 34. 177-203.

Terapie založená na mentalizaci pro léčbu patologického narcismu

Abstrakt:

Tento článek popisuje terapii zaměřenou na mentalizaci (MBT) jako nadějný způsob intervence u klientů vykazující známky patologického narcismu. MBT je běžně užívána jako primární způsob terapie u klientů s hraniční poruchou osobnosti a autoři se ji snaží aplikovat i na práci s narcistickými klienty. Rozpracovávají koncepty výchovných stylů, attachmentových vzorců a empatie u osob s patologickým narcismem a přichází s vývojovým modelem narcismu, který vykazuje závažné nedostatky ve schopnosti mentalizace. Shrnují základní techniky MBT a doplňují je o klinické příklady z praxe.

Klíčová slova:

narcismus, patologický narcismus, narcistická porucha osobnosti, mentalizace, empatie, terapie založená na mentalizaci, psychoterapie, poruchy osobnosti

Narcistická porucha osobnosti vykazuje v současnosti prevalenci 6,2 % v populaci. Narcistické rysy jsou spojovány s vysilujícím a nákladným řešením psychosociálních přidružených znaků jako je emoční nestabilita, závislosti na návykových látkách, profesní oslabení, násilí a agrese, riziko sebevraždy a interpersonální obtíže.

Do současné doby nebyly stanoveny oficiální efektivní způsoby léčby patologického narcismu. Můžeme se ale inspirovat ověřenými metodami pro přílehlé poruchy osobnosti, zejména hraniční poruchu osobnosti. Autoři v článku využívají terapii zaměřenou na mentalizaci (MBT) v intervenci pro klienty s patologickým narcismem. MBT stojí hned na druhém místě (za dialektickou behaviorální terapií v léčbě hraniční poruchy osobnosti. MBT je metoda přístupná, jednoduchá se naučit a založená na důkazech.

Schopnost mentalizace odkazuje k běžné imaginativní činnosti porozumění duševním stavům (myšlenkám, emocím, touhám, postojím) u sebe sama i u ostatních. MBT vede ke zlepšení kapacity klienta mentalizovat v kontextu attachmentových vztahů. Předpokládá se, že zlepšení kapacity mentalizovat vede i ke zlepšení fungování pacienta. MBT vede u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ke snížení suicidálního chování a sebepoškozování, symptomů deprese, menší četnosti hospitalizace, využívání zařízení pro duševní zdraví a užívání léků a vede ke zlepšení sociálního fungování a zaměstnanosti. Autoři předpokládají podobnou účinnost MBT i u pacientů s psychologickým narcismem.

V tomto článku autoři předkládají vývojový model vzniku patologického narcismu, který odkazuje k ne dobře vyvinuté schopnosti mentalizace a podávají několik základních technik MBT v užití s klienty s psychopatologickým narcismem. Používají spíše termín psychopatologický narcismus než diagnózu narcistické poruchy osobnosti s cílem podpořit transdiagnostický a dimenzionální model psychopatologie. Odkazují se tedy spíše k tvrzení, že narcistické symptomy se nachází na kontinuu narcistické patologie a tím pádem rozšiřují užití MBT i pro klienty, kteří nemusí nutně plně splňovat diagnostická kritéria narcistické poruchy osobnosti, ale vykazují psychologické a interpersonální rysy a procesy spojené s narcistní symptomatologií.

Vývojový model mentalizace a patologického narcismu

Fonagy rozpracoval teorii mentalizace, kdy v rámci normálního vývoje dítěte dochází k tomu, že pečující osoba poskytuje dítěti dostatečně přiléhavé (kontingence) a označované zrcadlení jeho emočních stavů. Kontingence odkazuje k míře souvislosti mezi zrcadlením afektu od pečující osoby a afektu dítěte. Označování udává, zda pečující osoba zrcadlí afekt dítěte nebo se jedná o jeho emoční stav. Při označovaném zrcadlení pečující odehrává přehnaně, „jak kdyby“ emoci dítěte. Dítě na základě označovaného a kontingentního zrcadlení může vidět „sama sebe“ v mysli pečující osoby, internalizuje je, a tak získává sekundární, kognitivně přístupnou reprezentaci svých primárních emočních stavů.

Pokud nejsou splněny podmínky zrcadlení (kontingence, označování), tak si dítě internalizuje reprezentace stavů pečující osoby spíše než své vlastní, což vede k odpojení se od emočního prožívání a vzniku cizího self (alien self). Nastává chyba při konstrukci self, kdy dítě je nuceno přijímat části emočních stavů pečujícího jako součást svého vlastního self. Svého pečujícího vnímá při špatném zrcadlení většinou jako útočícího, a tak začíná i samo sebe vnímat jako zlého. Protože je tento stav self psychologicky nesnesitelný, je nucen začít používat projektivní identifikaci – přenesení špatného mimo sebe, na ostatní lidi, znak charakteristický pro narcismus. Tento proces není způsobený touhou manipulovat s ostatními, ale je to zoufalá snaha zajistit přežití self, neboli potřeba zajistit základní rovnováhu prožívání sebe sama.

V současné chvíli neexistuje ucelená teorie tohoto modelu u psychologického narcismu, avšak Fonagy (2002) naznačuje, že zatímco kongruentní, ale neoznačované zrcadlení se stává základem pro vznik hraniční poruchy osobnosti, u narcistické poruchy osobnosti je to spíše označované, ale nekongruentní zrcadlení. Toto zrcadlení se týká emočního stavu dítěte, ale neodráží jeho opravdové pocity, které prožívá. Ačkoliv se může zdát, že dítě reprezentuje subjektivní stavy, tak self zůstává prázdné, protože reflektuje sekundární reprezentaci afektu, který není v souladu s pravým self dítěte.

Výzkumy navíc ukázaly, že narcismus je spojený se zraňujícími zkušenostmi z dětství, jako je fyzické týrání, slovní napadání, emoční a sexuální zneužívání, emoční a fyzické zanedbávání. Domníváme se, že v tomto kontextu dynamiky vztahů pečující osoby neúspěšně zrcadlí vnitřní stavy dětí.

V literatuře jsou rozlišovány dva druhy narcismu, které jsou spojovány se styly výchovy a rodičovství. *Grandiózní narcismus* reflektuje rysy jako grandiozita, agrese a dominance. *Vulnerabilní narcismus* reflektuje obrannou a nejistou grandiozitu, která maskuje pocity nedostatečnosti, nekompetentnosti a negativní emoční ladění. Charakteristickým znakem pro vznik narcismu u dětí se stalo *rodičovské nadhodnocování* dítěte. Jde o to, že rodiče jsou přesvědčeni, že jejich dítě je speciální, zveličují jejich vlastnosti, chování a úspěchy. Toto rodičovské nadhodnocování se častěji děje rodičům, kteří jsou sami narcističtí, a tak povznášejí sami sebe skrze své děti. U vulnerabilního narcismu mají rodiče tendence k psychologickému kontrolování a emočnímu chladu. Při psychologickém kontrolování rodiče omezují, zneplatňují a manipulují s psychologickou a emocionální zkušeností a vyjadřováním emocí dítěte. Často operují vinou, studem, emočním chladem a odejmutím lásky.

Autoři článku shrnují teorii mentalizace (Fonagy) spolu s vývojovými teoriemi a to tak, že patologický narcismus vzniká na základě označovaného, ale nekongruentního zrcadlení. Ilustrují to na příkladu rodičovského nadhodnocování, kdy rodič dítěti zrcadlí své vlastní fantazie, potřeby pro sebevědomí, a nikoliv tedy prožívané subjektivní stavy dítěte. Rodič zdůrazňuje sílu, sebevědomí a schopnosti dobrého chování. Naopak nedostatečně zrcadlí zranitelné emoce jako smutek, nejistotu a touhu po blízkosti. Tento typ zrcadlení vede ke

vzniku narcistického cizího self, tedy sekundární reprezentace nadhodnocování dítěte rodičem, který neodráží emoční stavy dítěte a vede k pocitu prázdnoty u dítěte a diskontinuity sebe sama. Tato zkušenost se u hraniční poruchy osobnosti projeví v projekci pocitu špatnosti na ostatní (já nejsem špatný, vy jste), kdežto u narcismu člověk projektuje pocit dobra a perfekcionismu na sebe (jsem úžasný, nebo minimálně lepší než vy). Tento mechanismus nazývají sebezdokonalování, jakožto proces, který obnovuje a udržuje smysl pro kontinuitu a koherenci osobnosti.

Při vzniku vulnerabilního narcismu pravděpodobně rodič nadměru psychologicky kontroluje a dítě si internalizuje obraz pečujícího jako nadhodnocujícího a zároveň dítěte zahanbujícího. Dítě na to reaguje procesem sebezdokonalování se snahou projektovat „špatné“ mimo sebe. Pacienti s vulnerabilním narcismem potom zažívají vztek, agresi, bezmoc, prázdnotu, nízké sebevědomí, stud, vyhýbání se interpersonálním vztahům, a dokonce sebevražedné chování.

Model narcismu založený na mentalizaci

Autoři konceptualizují psychologický narcismus na základě kombinací tří faktorů: (1) inhibice mentalizace v rámci attachmentu, (2) znovuoobjevení předběžných fází mentalizace psychické zkušenosti a (3) neustálý tlak k aktualizaci falešného narcistického self.

Inhibice mentalizace v rámci attachmentu

Literatura zaměřená na attachment a narcismus je rozporná. Několik studií spojuje poruchy osobnosti, taktéž konkrétně narcismus s nejistým typem attachmentu. Jiné studie spíše s vyhýbavým typem attachmentu, kdy se lidé chrání před zklamáním tím, že se vyvarují blízkým vztahům a zaměřují se sami na sebe nebo jsou necitliví vůči druhým. Grandiózní narcismus je spojen s jistým a odmítavým attachmentem. Vulnerabilní narcismus je spojený s úzkostí ve vztazích a vyhýbavým tendencím.

Autoři využívají teorii Batemana a Fonagyho (2013), kteří stanovili attachmentové vzorce pro poruchy osobnosti, a prokazují je i u narcismu. Jedná se o (a) hyperaktivaci attachmentu, kdy člověk hledá blízkost s ostatními nepřímo, skrze obdivování, grandiozitu a úspěchy. O (b) deaktivaci attachmentu, kdy člověk zůstává emočně distancovaný a odpojený od ostatních. A o (c) kombinované attachmentové strategie, kdy se člověk vrací do deaktivčních procesů v případě, že jsou jeho snahy napojit se ohroženy.

Lidé s narcismem mají inhibovanou schopnost mentalizace, což zahrnuje i omezený přístup k vlastním emočním stavům, zejména zranitelnosti, slabosti, studu a mají užší a povrchnější vnímání subjektivních stavů druhých osob. Dále jsou spojováni s nižší schopností empatie a rozeznávání emocí druhých a alexithimií.

Znovuoobjevení předběžných fází mentalizace

Jelikož je u narcismu oslabena schopnost mentalizace, pacienti regredují na předběžné fáze mentalizace.

V *módu psychické ekvivalence* (strnulé přemýšlení) jsou myšlenky a emoce prožívány jako realita, nikoliv jen jako v mysli. Člověk tak není schopen na ně nahlédnout z jiné perspektivy. Vyznačuje se rigiditou, ne-flexibilitou a extrémní vírou ve vlastní přesvědčení.

V *teleogickém módu* (zevně zaměřené myšlení) je mentální realita předurčena vnějším světem – fyzické akce, pozorovatelné kvality, viditelné události a podmínky. Sebehodnota se tak odvíjí od vnějších znaků jako je úspěch, obdiv a zájem od druhých. Sebehodnota závisí na externím zhodnocení v podobě společenského uznání nebo soutěžení s ostatními.

V *pretend módu* (módu předstírání, odpojené myšlení) jsou myšlenky a přesvědčení odpojené od autentického prožívání sebe sama a druhých. Pacient příliš spoléhá na svou kognici, nadměrně používá intelektualizaci a racionalizaci. Je zde podpořena Fonagyho hypotéza o označovaném, ale nekongruentním zrcadlení, kdy si dítě internalizuje označované reprezentace, ale tyto reprezentace nekorespondují s jeho skutečným afektem. Pod tento mód také patří nedostatek emocionální empatie, kdy pacient sice kognitivně rozumí, co prožívají ostatní, ale není schopen se na tyto stavy afektivně nacítit.

Falešné narcistické self

Pacient v předběžných fázích mentalizace bojuje s nespojitým a roztříštěným pocitem sebe sama, a tak se snaží se naplnit falešné já. K tomu používá strategii sebezdokonalování, kdy se snaží zlepšit své sebepojetí nebo svůj veřejný obraz. Pacienti používají projektivní identifikaci falešného narcistického self na ostatní – ostatní tedy slouží jen jako předměty k projekci. Snaží se zažívat sebe sami jako lepší nebo nadřazené nad ostatní. Snaží se být přitažliví, obdivovaní, uznávaní, bohatí, slavní a udržovat vztahy s vysoko postavenými lidmi. Zdůrazňují své úspěchy, dovednosti a vnitřně fantazírují o úspěchu a ideální lásce. V případě, že je druzí neobdivují, ignorují nebo kritizují (narušují projektivní procesy), tak reagují charakteristickou agresí a touhou po odplatě. MBT na tento proces nahlíží nejen jako na obranu před zraněním a zahanbením, ale i jako na zoufalou a psychologicky nutnou snahu zachování své kontinuity self. Při reálném nebo fantazijním útoku na ostatní tak pacienti zažívají pocit moci a nadřazenosti, protože mohou nechat úspěšně projít proces projekce falešného narcistického self. K zažívání koherentního ega je tedy nutné, aby pacient ostatní zažíval jako obdivující nebo podřadné.

Terapie zaměřená na mentalizaci pro patologický narcismus

Autoři nahlíží na patologii narcismus z proces orientovaného konceptu, kdy zdůrazňují vady pacientů ve schopnosti přístupu ke svým subjektivním stavům (myšlenkám, emocím, touhám) o sobě a o ostatních. Ve své práci s pacienty se snaží zlepšit schopnosti pacientů mentalizovat, snaží se zlepšit schopnosti sebereflexe a podnítit zvědavost o své subjektivní prožitky a prožitky ostatních.

Vedou pacienty k získání komplexní, odvíjející se od kontextu, flexibilní, emočně zažívané reprezentaci subjektivních stavů svých i ostatních. Časem tak pacient v terapii zažívá větší pocit sebekoherece a sebekontinuity a jeho potřeba sebezdokonalování opadá, tím pádem i symptomy narcismu.

Základní intervence

Terapeut musí aktivně empaticky potvrzovat pacientovu zkušenost, vyjasňovat, elaborovat a kontextualizovat.

Terapeutický proces začíná empatickým potvrzováním pacientovy zkušenosti, jakožto označovaným, přiléhavým a podporujícím reflektováním subjektivních stavů ostatních lidí. Toto **empatické potvrzování** je označované, tedy terapeut rozlišuje mezi jeho a pacientovou myslí. „*To zní jako kdyby vás to moc rozčílilo – nikdy nebere v úvahu Vaši perspektivu.*“ Terapeut přiléhavě oslovuje emoce, myšlenky a postoje, které se objevují v pacientově mysli a pomáhá mu tak získávat lepší přístup k jeho obsahům a pomáhá rozvíjet schopnost uvědomovat si více afektivních obsahů. „*Byl jste velmi naštvaný, že Vám to řekl – vypadalo to, že to není fér.*“ Empatické potvrzování musí být v souladu s pacientovou perspektivou – tedy potvrzovat, že je odůvodněné a srozumitelné, že pacient prožívá situaci konkrétním

způsobem. „Není divu, že jste byl rozrušený v této situaci – pracoval jste na tom projektu tvrdě a připadá mi to, jak kdyby vás vůbec nebral v úvahu.“

Dalším hlavním krokem je **klarifikace (vyjasňování)**, tedy získávání vnějších informací o situaci z pacientovy perspektivy. Narcističtí pacienti jsou velmi ovlivněni vlastním sebezdokonalováním, takže zdůrazňují informace, které posilují vlastní self a naopak minimalizují informace, které self podkopávají. Původní popis situace navíc často obsahuje velmi úzký popis afektivní zkušenosti – hněv, vlastní nároky, nadřazenost, opuštěnost. Pokud má terapeut celkový popis situace, může pomoci pacientovi mentalizovat v širším rozsahu – psychodynamické souvislosti, chronologické nejasnosti, souvislosti mezi událostmi v pacientově životě „Můžete mě vzít tam, kde jste se poprvé cítil špatně – kde jste byl a co se dělo?“

Terapeut dále **kontextualizuje**, snaží se propojit emoční zkušenost se situačními faktory. Může buď shrnout to, co bylo řečeno v průběhu klarifikace nebo se ptát na pacientovy asociace. „Může zde být možná spojitost mezi těmito dvěma věcmi – váš syn si z vás utahuje a vy se cítíte špatně?“ Pacienti se tak učí kontextualizovat své emoční stavy a lépe reflektovat své vzorce chování.

Poslední technikou je **elaborace afektu**. Terapeut se zaměřuje na emoce pacienta. Navíc se doptává, jak emoce ovlivňují pacientovo sebepojetí, identitu a sebevědomí. Narcističtí pacienti často nerozeznávají mezi situací samotnou a jejich reakcí na situaci, berou své chování jako automatickou reakci na situaci. Tuto automatiku se terapeut snaží v terapii nabourávat a vede pacienta k větší reflexi a flexibilitě. Dále také rozpracovává pacientovo vnímání subjektivních stavů jiných lidí. Terapeut také podporuje vyjadřování zranitelných emocí klienta. Narcističtí pacienti často vyjadřují hněv a křivdu, ale bojí se emocí jako je smutek, stud a závislost na druhých.

Intervence zaměřené na podporu mentalizace

Autoři uvádí dva typy intervencí zaměřené na podporu mentalizace – protichůdné pohyby a specifické intervence pro dané módy.

Protichůdné pohyby

Bateman a Fonagy předpokládají, že dobrá schopnost mentalizace je flexibilní a dokáže se zaměřovat na různé dimenze vzhledem k situaci a kontextu. Tyto čtyři hlavní dimenze mentalizace jsou: self/ostatní, kognitivní/afektivní, vnitřní/vnější a implicitní/explicitní. Autoři článku navíc dodávají dimenze jistota/pochybnosti a obecné/specifické. Předpokládají, že u narcismu bude dobře vyvinuté zaměření se na sebe, ale ne na ostatní (sebestřednost, chybění empatie), zaměření se na kognici spíše než na afekty (alexithymie, snížená emocionální empatie), vysoké zaměření na vnější faktory a nízké na faktory vnitřní (sebehodnota odvíjející se od vnějších faktorů, teleologický důraz na obdiv a úspěch).

Terapeut díky intervencím protichůdných pohybů podporuje mentalizaci v tom, že klade otázky a zaměřuje se na opačné póly dimenzí než na ty specificky fixované, o kterých pacient mluví sám od sebe (např. místo toho, že pacient automaticky mluví o ostatních, terapeut se ptá na pacientovy vlastní pocity). Díky těmto intervencím může pacient podpořit svou sebereflexi a uvědomit si všechny dimenze prožívané zkušenosti, tím pádem se jeho prožívání stává flexibilnějším.

Specifické intervence pro prementalizační módy

Modus psychické ekvivalence se u narcismu projevuje především v pacientově grandiozitě, nadřazenosti, ponižování, zahanbování a devalvace ostatních. Terapeut se může cítit v těchto momentech frustrovaný a bezmocný. Touží se s pacienty dohodnout na shodě v kognitivní rovině nebo se s nimi hádat. V MBT se doporučuje, aby terapeut začal empaticky validovat pacientovo prožívání v módu psychické ekvivalence a poté pomalu pracoval na rozšíření zorného úhlu pacienta. Více elaboruje pacientovu perspektivu a dotazuje se, jak pacient přišel k tomuto závěru a následně prozkoumává pacientovu jistotu v přesvědčení nebo částečnou změnu názoru. Bez momentálního cíle změnit pacientův pohled poskytuje své vlastní perspektivy na situaci. Pacient rozšiřuje svoji schopnost mentalizace i ve chvíli, kdy s terapeutovým pojetím nesouhlasí, ale alespoň je schopen ho mentálně uchopit a srovnávat se svým rigidním názorem. Tento proces sám o sobě vede k větší reflexi vlastního myšlení.

Teleologický mód se u narcismu projevuje touhou po obdivu, úspěchu, zaměřením se na chyby ostatních a nespravedlnosti. Terapeut může automaticky začít reagovat snahou o řešení problémů nebo může naskočit na vzorec pacienta a jeho snahy o obdiv a uznání, třeba tím, že nepřerušuje jeho monology nebo nezdává nepříjemné intervence. V MBT se doporučuje empaticky validovat pacientovy externí teleologické požadavky (např. získat práci zpět = získat zpět svou sebehodnotu) a pomoci pacientovi externí faktory lépe propracovat (jaké má emoční významy, jak ovlivňují pacienta). Pomáhá pacientovi formulovat jeho vnímanou souvislost mezi vnějšími a vnitřními faktory (takže jediná cesta, jak se cítit dobře, je..), vysvětluje je a uznává je. Doptává se na vnímané spojení, a nakonec sdílí své vlastní, i odlišné, perspektivy na situaci.

Pretend mód se u narcismu projevuje jako příliš kognitivní a intelektualizované narativy, odpojení se od emočního prožívání a dlouhé monology, které nikam nevedou. Terapeut může zažívat nudu, únavu anebo odpojení od pacienta, případně může být ohromen zdánlivými vhledy pacienta, které jsou ale úplně odpojené od jeho emoční zkušenosti. MBT doporučuje intervence, které mají potenciál pacienta překvapit a dovést ho k více reflektující poloze. Doporučuje se přivést ho z obecných situací do konkrétních, jít do konkrétních příkladů a poté se zaměřit na to, co zrovna cítí pacient v probíhající situaci s terapeutem (ve vztahu). Terapeut by se také měl doptávat na neintuitivní obsah pacientova vyprávění, a tak prozkoumávat opačné póly jeho vyprávění.

Pokud se všechny předchozí intervence jeví jako neúspěšné, tak se doporučuje použít „challenge nementalizace“, neznamená to explicitně odporovat pacientově úhlu pohledu, ale spíše komentovat a doptávat se tak, aby se pacient „stopnul“, opadlo napětí a pacient tak byl schopný větší diskuze o jeho emočním a interpersonálním prožíváním. Používá se zde humoru, sarkasmu, provokace, drzosti, upřímnosti a vyjádření svých vlastních terapeutových emocí.

Mentalizace terapeutického procesu

Autoři se domnívají, že narcismus může být chápán jako důsledek omezené schopnosti mentalizovat v závislosti na nekvalitním attachmentu v dětství. Terapeutický vztah tedy slouží jako intimní prostor pro dosycení pacientových attachmentových potřeb a prostor, kde může pacient zažívat uznání, ale i odmítnutí. Mohou se objevit ruptury ve vztahu, pocit zaseknutí v terapii a projevují se zde narcistické interpersonální vzorce klienta zmíněné dříve. Pacient se v terapii učí tyto narcistické vzorce rozpoznávat, učí se vnímat širší škálu emočního prožívání u sebe i u terapeuta a tím pádem se stává flexibilnější v přemýšlení o těchto vzorcích a zažívá větší smysl pro sebenaplnění v dyadickém vztahu. Stává se méně závislý na strategiích sebezdonalování.

Terapeut má aktivně zaměřovat téma terapie na vztahové procesy, které empaticky validuje a společně s pacientem explorují a pracují na podrobném pochopení jeho významu. Terapeut je v procesu podporující a zajímá neexpertní postoj. Používá intervence zaměřené na předběžné fáze mentalizace a opět shrnuje a reflektuje „nové“ přemýšlení pacienta a jeho pochopení. Tyto kroky opakuje na další vztahové procesy/situace.

Závěr

Autoři prezentovali MBT adaptovanou na práci s patologickým narcismem. Vyznačuje se podporujícím, neautoritativním přístupem, který zahrnuje postoj „nevědět“, empatickou validaci a posílení schopnosti mentalizace. Pokud by terapeut zastával neutrální postoj vůči klientovi – popisoval nebo interpretoval vnitřní procesy z pozice autority a „vím více“, jak je tomu např. u tradičního KBT, mohl by eskalovat narcistické zranění a větší odpor v rigiditě. MBT tedy naopak podporuje zvučí, průzkumné prostředí, kde se pacient zpočátku cítí pochopen skrze přiléhavé zrcadlení. Terapeutův přístup je proaktivní – zahrnuje aktivní dotazování se, strukturování sezení, stanovování a dosahování cílů, zaměření na exploraci vnitřních a interpersonálních procesů, aktivní oslovování pacientových klíčových problémů a nasměrování terapeutického vztahu tak, aby byl funkční a podpořil změnu u pacienta.

Výtah zpracovala Klára Houlíková, K15