

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Uplatnění PCA přístupu (psychoterapie a poradenství zaměřené na člověka - Person Centred Approach) ve zdravotní a sociální péči

Anna Jacková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Holeyšovský

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies

**The application of PCA (Person Centred Approach
- person focused psychotherapy and consultancy) in
health and social care**

Anna Jacková

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Jan Holeyšovský

Praha 2015

Anotace: Diplomová práce, kterou právě držíte v ruce, se zabývá využitím přístupu zaměřeného na člověka (Person Centred Approach – PCA) v sociální a zdravotní péči u lidí s psychiatrickými potížemi v ČR. Pro tento přístup používám také označení „rogersovská psychoterapie“. Práce je členěna na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části představuji přístup zaměřený na člověka; nastiňuji jeho historii; vývoj; teorie, z kterých vychází; základní teoretické pojmy a povahu terapeutického procesu. Dále se v této části věnuji vztahu přístupu zaměřeného na člověka k psychopatologii a jeho praktické aplikace v psychiatrii. Zmiňuji se také o preterapii. V praktické části uvádím výsledky průzkumu u neziskových organizací v ČR, jejichž cílovou skupinou jsou klienti s psychiatrickými potížemi. Průzkum se týká psychoterapeutických směrů, které zmíněné organizace využívají při své práci s touto cílovou skupinou. Jádrem praktické části je 5 rozhovorů s psychoterapeuty pracujícími s klienty s psychiatrickými potížemi pomocí přístupu zaměřeného na člověka. Rozhovory se týkají jejich zkušeností s používáním tohoto psychoterapeutického směru u zmíněné cílové skupiny.

Klíčová slova: přístup zaměřený na člověka, rogersovská psychoterapie, PCA, psychiatrická diagnóza, klient s psychiatrickými potížemi, aktualizací tendence, empatie, bezpodmínečné přijetí, kongruence, polostrukturovaný rozhovor

Abstract: This dissertation that lies before you describes the use of the Person Centred Approach (PCA) in the social and health care given to people with psychiatric difficulties in the Czech Republic. For this approach I use also the term „Rogers Psychotherapy“. The dissertation is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part I introduce Person Centred Approach; outline its history; development; the theory, it comes from; basic theoretical terms and the character of therapeutic process. Further in this part I describe the relationship of person centred approach to psychopathology and its practical application in psychiatry. I mention also pre-therapy. In practical part I state the results of research of nonprofit organisations in the Czech Republic whose target group are clients with psychiatric difficulties. The research concerns psychotherapeutic approaches the above mentioned organisations employ in their work with this target group. The core of the practical part is 5 interviews with psychotherapists

who work with clients with psychiatric difficulties using Person Centred Approach. The interviews cover their experience with the psycho therapeutic approach applied upon the target group.

Key words: person centred approach, Rogers Psychotherapy, PCA, psychiatric diagnose, client with psychiatric difficulties, actualising tendency, empathy, unconditional acceptance, congruence, semi-structured interview

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně na základě
vlastních zjištění a pouze a jen s využitím literatury a pramenů uvedených v seznamu.

V Praze dne 24. 4. 2015

.....

Děkuji především vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Janu Holeyšovskému za jeho odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Dále děkuji všem psychoterapeutům, kteří mi poskytli rozhovor a konzultaci k dané problematice.

OBSAH

Úvod.....	9
Teoretická část.....	11
1 Vývoj přístupu zaměřeného na člověka.....	11
2 Charakteristika přístupu zaměřeného na člověka.....	13
2.1 Teoretické zázemí.....	13
2.2 Aktualizační tendence.....	14
2.3 Struktura self.....	15
2.4 Inkongruence mezi self a zážitkem.....	16
2.5 Terapeutický vztah.....	18
2.6 Nevyhnutelné a dostačující podmínky osobnostní změny.....	19
2.7 Terapeutický proces.....	23
3 Přístup zaměřený na člověka ve vztahu k psychopatologii.....	25
3.1 Specifika duševní poruchy z pohledu přístupu zaměřeného na člověka.....	25
3.2 Psychiatrická diagnostika z pohledu přístupu zaměřeného na člověka.....	27
4 Nové koncepty psychopatologie (psychologický kontakt, teorie inkongruence, styly procesů).....	30
4.1 Preterapie.....	31
4.2 Styly procesu zpracovávání zážitků.....	32
5 Možnosti aplikace přístupu zaměřeného na člověka v péči klienty s psychiatrickými potížemi.....	36

5.1	Mýtus o nevhodnosti použití přístupu zaměřeného na člověka v psychiatrii.....	36
5.2	Dialogický přístup.....	39
5.3	Psychické potíže jako odraz vztahu člověka k druhým i k sobě samému.....	40
5.4	Setkání ve vztahové hloubce.....	41
5.5	Přístup k lidem závislým na péči druhých.....	43
	Praktická část.....	46
6	Psychoterapeutické směry v sociální péči o lidi s psychiatrickými potížemi v ČR...47	
7	Rozhovor č. 1.....	49
7.1	Shrnutí rozhovoru č. 1.....	52
8	Rozhovor č. 2.....	53
8.1	Shrnutí rozhovoru č. 2.....	57
9	Rozhovor č. 3.....	59
9.1	Shrnutí rozhovoru č. 3.....	64
10	Rozhovor č. 4.....	66
10.1	Shrnutí rozhovoru č. 4.....	69
11	Rozhovor č. 5.....	71
11.1	Shrnutí rozhovoru č. 5.....	74
12	Závěr praktické části.....	76
	Závěr.....	79
	Seznam pramenů a literatury.....	81

ÚVOD

Tato diplomová práce si klade za cíl přiblížit čtenáři psychoterapeutický směr založený psychologem Carlem Ransomem Rogersem, představit jej ve vztahu k současné psychopatologii a popsat jeho využití v sociální a zdravotní péči u klientů s psychiatrickými potížemi v České republice. Zmíněný psychoterapeutický směr vznikl ve 40. letech 20. století ve Spojených státech amerických. V anglosaské oblasti se dodnes vyskytují starší názvy tohoto směru „Non-directive Therapy“ a „Client Centered Therapy“. Univerzálně nejpoužívanější název je však Person Centred Approach, který se postupně vyvinul z původních pojmenování. Používá se také zkratka tohoto anglického názvu, tedy PCA. V ČR se o tomto směru hovoří jako o „přístupu zaměřeném na člověka“, nebo o „Rogersovské psychoterapii“ dle jména svého zakladatele. V textu si dovoluji používat buď název „rogersovská psychoterapie“, nebo „přístup zaměřený na člověka“ – oba názvy označují jeden směr.

Ráda bych objasnila, proč jsem si pro diplomovou práci vybrala toto téma. Pracuji jako sociální pracovník v neziskové organizaci, jejíž cílovou skupinou jsou lidé s psychiatrickými potížemi. Zároveň jsem frekventantkou výcviku v rogersovské psychoterapii, který realizuje PCA Institut Praha. Psychoterapie patří mezi mé přední zájmy, ráda bych se v ní v budoucnu realizovala. Zároveň se často pracovně setkávám s klienty s psychiatrickými potížemi a řeším s nimi nejrůznější věci od poradenství v sociální oblasti po poskytnutí podpůrného rozhovoru, či praktickou pomoc v situaci zadluženosti, vyřizování záležitostí na úřadě apod. Z těchto skutečností tedy vyplývá můj zájem o využití rogersovské psychoterapie u klientů s psychiatrickými potížemi.

Ze svých dosavadních zkušeností jsem získala dojem, že rogersovská psychoterapie není příliš využívaným směrem při práci s lidmi s psychiatrickými potížemi. Obzvláště ne u psychotických klientů. Chtěla jsem si tedy zjistit, zda někdo pomocí přístupu zaměřeného na člověka s psychiatrickými klienty pracuje. Zaujal mne také pohled mnohých příslušníků tohoto směru na psychiatrickou diagnostiku, který nabízí odlišný úhel pohledu na duševní nemoc, než nynější psychopatologický diskurz. Hledám také odpověď na otázku, zda je člověk skutečně vybaven potenciálem k vyléčení, nebo alespoň významnému zmírnění psychiatrických obtíží. Zda tento potenciál

projevující se jako aktualizací tendence, o které bude dále v textu řeč, může účinně působit i u těžších duševních onemocnění.

Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se opírá o studium odborné literatury, praktická část ilustruje na rozhovorech s psychoterapeuty, kteří v duchu rogersovské psychoterapie s klienty s psychiatrickými potížemi pracují, jak je tento směr využitelný v praxi. V praktické části je také zmíněno, které psychoterapeutické směry jsou využívány při práci s klienty s psychiatrickými potížemi v různých neziskových organizacích v ČR, zaměřených především na sociální rehabilitaci a resocializaci těchto klientů.

V první kapitole teoretické části je nastíněna historie a vývoj rogersovské psychoterapie. Druhá kapitola je věnována charakteristice tohoto směru. Měla by čtenáři pomoci pochopit v čem je tento směr výjimečný a jak se odlišuje od ostatních psychoterapeutických směrů. Třetí kapitola se týká pojetí psychopatologie v duchu rogersovské filozofie. Čtvrtá kapitola představuje preterapii jako nástroj vycházející z rogersovské psychoterapie, vhodný k navázání psychologického kontaktu s jedincem, který prozatím takového kontaktu není schopen. Pátá kapitola přibližuje možné využití rogersovské psychoterapie v sociální i zdravotní péči u lidí s psychiatrickými potížemi.

V první kapitole praktické části jsou uvedeny výsledky průzkumu psychoterapeutických směrů, které neziskové organizace při své práci s klienty využívají. V dalších kapitolách praktické části jsou předloženy a shrnuty rozhovory s psychoterapeuty, kteří prošli výcvikem PCA, přičemž čtyři z nich jsou vedeny s psychoterapeuty pracujícími v jedné organizaci, ve které je při terapii kladen důraz na vztah mezi klientem a terapeutem.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část obsahuje vývoj a charakteristiku přístupu zaměřeného na člověka, předkládá základní teoretické pojmy vztahující se k tomuto přístupu a poskytuje vhled do problematiky využití přístupu zaměřeného na člověka v psychopatologii a jeho praktické aplikace v sociální a zdravotní péči.

1 Vývoj přístupu zaměřeného na člověka

Přístup zaměřený na člověka rozpracoval americký psycholog Carl Ransom Rogers (1902 – 1987). Počátky tohoto směru jsou zakotveny v poradenské a později v psychotherapeutické činnosti. Přístup zaměřený na člověka je zařazován do humanistické psychologie, která se vyvinula na základě opozice k tehdejším převládajícím psychologickým směrům - behaviorismu a psychoanalýze. Humanistická psychologie zdůrazňuje především nezávislost a důstojnost lidského bytí a schopnost člověka rozvíjet se a utvářet svou realitu. Nejdůležitější filosofické aspekty humanistické psychologie shrnul Merry.¹ Jedná se o *fenomenologický přístup* v podstatě popírající existenci objektivní reality a uznávající „pouze“ subjektivní prožívání konkrétního jedince. Druhým aspektem je *význam* utvořený na základě určité zkušenosti a ukotvený v sebeobrazu. Třetím aspektem je *existenciální pohled* zdůrazňující individuální svobodu a odpovědnost za vlastní prožívání. Čtvrtým aspektem je *proces* vyjadřující přítomnost růstového potenciálu v každém člověku. V tomto smyslu je uzdravení chápáno jako přerod do nového způsobu bytí, nikoli jako vyléčení se z nemoci.

Psychotherapie zaměřená na člověka byla v době svého rozmachu jednou z vůdčích terapeutických škol a Carl R. Rogers jedním z nejvlivnějších psychologů. Později byl však tomuto přístupu vytýkán nedostatečný výzkum v oblasti efektivity terapie a platnosti jeho teoretických předpokladů. Přístup zaměřený na člověka ztratil postavení vůdčí školy psychotherapie hlavně po roce 1963, kdy Rogers přesídlil do Kalifornie, kde založil svůj nezávislý institut – Centrum pro studium člověka. Věnoval se pak především práci s encounterovými skupinami a facilitování velkých skupin. Přístupu zaměřenému

¹ MERRY, T. *Naučte sa byť poradcom – poradenstvo zamerané na člověka*. Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-551-0768-8.

na člověka také dlouho chyběl reprezentativní orgán. Až v roce 1997 vznikla World association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling, WAPCEPC, jejímž záměrem bylo vytvořit celosvětové fórum pro odborníky ve vědě a praxi, kteří se hlásí k postojům prvně formulovaným Rogersem.

Samotný přístup zaměřený na člověka prošel dle Merryho třemi hlavními fázemi.² První z nich je *nedirektivní* fáze (přibližně v letech 1940-1950), ve které byla pozornost soustředěna na vytvoření nehodnotící a akceptující atmosféry a podporu terapeutického procesu. Z této fáze pochází název „Non-directive Therapy“, který jsem zmínila v úvodu této práce. Další fáze *zaměřená na klienta* (přibližně v letech 1950-1960) kladla důraz na postoje terapeuta a jeho reflexi klientových pocitů pomocí empatie. Tato fáze dala vzniknout názvu „Client Centered Therapy“, taktéž zmíněném v úvodu. V třetí fázi *zaměřené na člověka* (přibližně od roku 1960) šlo především o hodnotu a kvalitu vztahu mezi terapeutem a klientem. Z tohoto období zůstal název Person Centred Approach – PCA.

Vymětal popisuje i další výrazné období *psychoterapie prostřednictvím skupiny* (přibližně v letech 1970-1980), které rozvíjí práci s rodinou, malými a velkými skupinami.³ Později přidává páté a šesté období.⁴ Pátá etapa (1980 – 2000) je obdobím *diferencovaně integrativním*, kdy dochází k částečnému překračování čistého rogersovského přístupu a uplatňují se jiné postupy, které ovšem jsou v souladu se zásadami rogersovského přístupu. Přístup zaměřený na člověka je formován novými poznatky z oblasti teoretických psychologických oborů. Šestá etapa (2000 až dosud) je obdobím *obecné psychoterapie*. Je charakterizována společným hledáním vědeckého jazyka, kdy se všechny jednotlivé školy, směry, přístupy integrují do tzv. psychologické psychoterapie.

² MERRY, T. *Naučte sa byť poradcom – poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-551-0768-8.

³ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

⁴ VYMĚTAL, J. a REZKOVÁ, V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN-10: 80-7178-561-X.

Další směry, do kterých se rozvinula terapie zaměřená na člověka, jsou např. expresivní umělecké přístupy (Natalie Rogersová, Liesl Silverstonová), psychodrama zaměřené na člověka (Paul Wilkins). Patří sem také preterapie Garryho Prouta, která umožňuje pracovat pomocí přístupu zaměřeného na člověka i s lidmi s těžším onemocněním a postižením.

2 Charakteristika přístupu zaměřeného na člověka

2.1 Teoretické zázemí

Ústředními pojmy přístupu zaměřeného na člověka jsou *aktualizační tendence*, *struktura self* a *zkušenost organismu* (organismická zkušenost). Přístup zaměřený na člověka vychází ze základní hypotézy, že každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být v mezilidském vztahu aktivován. Tento potenciál nazval Rogers *aktualizační tendencí*. Dle přístupu zaměřeného na člověka, osobnost člověka se skládá ze zbývajících dvou veličin, tedy ze *zkušeností* (organismických) a ze *struktury self*. *Zkušenosti* se utvářejí na základě informací, které přicházejí prostřednictvím pěti smyslů a též v podobě vnitřních pocitů. Tomu, o čem nás informují naše smysly, dává smysl až naše struktura self. Samo o sobě je toto prožívání neutrální.

Organismická zkušenost se dá také chápat jako vrozená „moudrost“ organismu, „vnitřní hlas“ (ve smyslu sokratovského daimonia), nebo spontánní, intuitivní a „nevědomý“ proces rozlišování, vedoucí nás k rozhodování, jednání ve směru působení aktualizační tendence.⁵

Aktualizační tendence se může začít rozvíjet pozitivním a zdravým směrem v takovém mezilidském vztahu, ve kterém panuje nehodnotící, přijímající a naslouchající atmosféra. Předpokladem je, že člověk, který druhému člověku naslouchá, sám zažívá a zároveň sděluje své vlastní reálné bytí, svou vlastní emocionální náklonnost a citlivé nehodnotící porozumění.

⁵ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

Základní znaky povahy člověka, ze kterých vychází přístup zaměřený na člověka, shrnuli Bozarth a Brodleyová.⁶ První znakem je přesvědčení, že lidská povaha je ve své podstatě konstruktivní, nikoli destruktivní. Destruktivní chování a pocity jsou z tohoto hlediska chápány jako projevy, které jsou v podstatě konstruktivní, jen ten, kdo je projevuje, se zrovna nachází v nepříznivých podmínkách. Agrese a destruktivita nastupují, není-li umožněno projevit se touze po růstu, případně je-li ohrožena samotná existence jedince. Dalším znakem lidské povahy je *společenská* – lidé se přirozeně vzájemně chrání, starají se o sebe, soucítí a rozumí si. Mezi další znaky patří potřeba *sebeúcty* a motivace znát *pravdu* - lidé nechtějí vědomě podléhat sebeklamu.

Následující podkapitoly věnují hlubšímu vysvětlení ústředních pojmů přístupu zaměřeného na člověka.

2.2 Aktualizační tendence

„Aktualizační tendence je vrozená tendence organismu rozvíjet všechny své kapacity a možnosti takovým způsobem, který slouží k jeho udržování nebo růstu.“⁷ V přístupu zaměřeném na člověka je považována za jedinou motivaci lidského rozvoje a chování. Je chápána jako univerzální biologická vlastnost lidského organismu, neustále přítomná, nezávislá na prostředí. Nemusí být svým nositelem uvědomována. Díky aktualizační tendenci směřuje lidský jedinec neustále k větší seberegulaci, nezávislosti, zodpovědnosti a vzdaluje se kontrole a řízení vnějšími silami. Překážkou úplného rozvoje aktualizační tendence je prostředí. Vždy v něm nalezneme faktory brzdící rozvoj aktualizační tendence.

Vezmeme-li tedy tuto hypotézu za svou, pro psychoterapii z toho vyplývá, že úkolem terapeuta je umožnit aktualizační tendenci projevit se a rozvíjet se. Zde se často vyskytuje analogie s rostlinou – lidé nemohou rostlinu přimět k růstu, mohou ji jen

⁶ MEARNES, D. a THORNE, B. *Poradenstvo zamerané na človeka v praxi*. Bratislava: PedF UK, 1997.

⁷ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 35. ISBN 978-80-247-2938-1.

zalévat, poskytovat dobré podmínky a ona poroste sama. Aktualizační tendence usiluje o rovnováhu mezi prožíváním a strukturou self (tj. abychom mohli být sami sebou a zároveň žít ve světě) a jde si takzvaně svou vlastní cestou, nedá se řídit. Můžeme „pouze“ napomáhat její práci, nebo ji brzdit.

2.3 Struktura self

Struktura self zahrnuje vše, co člověk uchovává o sobě a o světě.⁸ Přesněji řečeno, jsou to „*všechny vjemy člověka o svém organismu a prožívání i způsob, jak souvisí s ostatními vjemy a objekty v jeho prostředí.*“⁹. Struktura self není fixní entitou, je proměnlivá. Je to spíše konstelace vjemů a prožívání spolu s hodnotami, které jim připisujeme. A tyto vjemy, prožívání a hodnoty se mohou měnit. Některá přesvědčení, která tvoří strukturu self, se utvoří na základě tvrzení a chování rodiny, případně jiných pečujících osob (především těch, u nichž dítě musí usilovat o jejich přijetí). Další přesvědčení se utvořila na základě vlastních zkušeností. Ve struktuře self jsou zakořeněny zvnitřněné hodnoty, vydávající se za absolutní pravdu.

K rozvoji struktury self musí být naplněny dvě základní potřeby, a to potřeba pozitivního přijetí druhými lidmi a potřeba pozitivního sebepřijetí. Potřeba pozitivního sebepřijetí souvisí s důvěrou v přesnost a spolehlivost vlastního vnitřního prožívání. Je ale citlivá na hodnocení druhých lidí. Hlavně v dětství hraje velkou roli potřeba být milován, přijímán a oceňován lidmi, kteří o mě pečují, neboť na nich závisí mé přežití. Proto vše, co naplňuje tuto potřebu, bývá zabudováno do struktury self. Aspekty vlastního vnitřního prožívání, které neslouží k naplnění potřeby být přijímán blízkými lidmi, musí být ignorovány, nebo neproječovány, což může v budoucnu přivodit mnohé problémy. **Člověk se naučí vnímat se tak, jak jej vnímají druzí a přehlíží vlastní vnímání sebe sama a vlastní zážitky, pokud se neshodují s hodnocením oněch druhých.** Rogers

⁸ TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.

⁹ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 36. ISBN 978-80-247-2938-1.

používá v této souvislosti dva pojmy – *vnější centrum hodnocení (external locus of evaluation)* a *vnitřní centrum hodnocení (internal locus of evaluation)*. V čem se tyto dva pojmy liší, vyplývá již z jejich názvu – jedinec s „vnějším centrem hodnocení“ bude mít tendenci spoléhat se na hodnocení druhých pro vlastní pocit akceptace a sebeúcty, u jedince s „vnitřním centrem hodnocení“ se sebeúcta utváří na základě jeho vlastních pocitů a zážitků v souladu s jeho vlastním hodnotovým systémem.

K potřebě pozitivního přijetí druhými lidmi a potřebě sebezpřijetí se váže pojem *podmínky ocenění*. Tyto podmínky si člověk vytváří na základě toho, které jeho chování a projevy vyvolávají pozitivní hodnocení druhých a které negativní. Pokud by byl člověk bezpodmínečně pozitivně přijímán, neměl by potřebu vytvářet podmínky ocenění.

Chování člověka je většinou konzistentní s jeho pojetím self. A struktura self má silnou ochrannou vrstvu. Pokud je nějakou informací ohrožena, zkušenost, která na základě této informace vznikla, může být zkreslena či popřena. Každopádně ať už je tato zkušenost přijata či ne, vede tento stav většinou k psychické nepřizpůsobivosti (maladjustaci), nebo k chování odporujícímu self struktuře. Jsou-li zkušenosti a struktura self v nesouladu, vyvolávají v člověku nepříjemné emoce a nepohodu, což dotyčného často vede k vyhledání terapie.

Jakýkoliv pokus aktivně změnit strukturu self (racionálními argumenty, přesvědčováním atd.), bude vnímán jako ohrožení, vyvolá spíše úzkost a přispěje k pocitu méněcennosti. S tímto ohrožením se struktura self vypořádá buď odmítnutím (zkoušel jsem, nepomohlo mi to atd.), nebo vyhoví, ale neuspěje. V psychoterapii by tedy terapeut měl přijímat jak klientovu touhu po změně a stížnosti na stávající situaci, tak důvody (možná nevyřčené), proč v této situaci nadále setrvává.

2.4 Inkongruence mezi self a zážitkem

Možná příčina psychických potíží dle přístupu zaměřeného na člověka může být inkongruence mezi self a zážitkem.

Organismus, který prožívá inkongruentní zážitek, ho podprahově vnímá jako ohrožující. Pokud se nezkraslený zážitek dostane do vědomí, jsou narušeny podmínky ocenění, je frustrována potřeba sebezpřijetí a ohrožena struktura self. To samozřejmě vyvolává obranné chování organismu.

Rogers rozlišuje tři typy těchto zážitků. Zážitky, kterým je vůbec zabráněno vstoupit do vědomí, jsou buď *popřené*, nebo *zkreslené*. Zážitky *ignorované* jsou ty, které se dostanou do vědomí, ale nejsou vědomě symbolizovány. Zážitky *symbolizované* jsou vědomě symbolizovány a vztahují se, ať už posilujícím, či oslabujícím způsobem k sebepojetí. Člověk se chová konzistentně se sebepojetím. Vnímá tedy zážitky selektivně, v závislosti na podmínkách ocenění, která si vytvořil. Zážitky, které jsou v souladu s těmito podmínkami, vnímá a přesně symbolizuje. Ty, které jsou v protikladu, vnímá zkresleně a selektivně, tak, aby byly v souladu s podmínkami ocenění, nebo je částečně, či zcela popře. V důsledku toho se v organismu nacházejí zážitky, které nejsou zahrnuty do struktury self, tím vzniká inkongruence mezi self a zážitkem, což způsobuje stav psychické zranitelnosti a nepohody – tedy psychické abnormality. Mezi obranné chování organismu pak patří např. neurotické projevy (racionalizace, kompenzace, fantazie, projekce, kompulze, fobie...), ale i paranoidní chování a další psychotické projevy. Důsledkem obrany je, kromě zachování stávající struktury self, i určitá rigidita vnímání a nepřesné vnímání reality. Obranné chování zároveň zvyšuje vnímavost k ohrožení. Je-li inkongruentních zážitků mnoho, člověk se stává citlivější na potenciaální ohrožení. Pokud by se struktura self neubránila ohrožení, došlo by ke vzniku dezintegrace a dezorganizace.

Vyvstává tedy otázka, za jakých podmínek se mohou nekonzistentní zážitky dostat do vědomí a umožnit změnu struktury self. Lze to, pokud nehrozí ohrožení sebepojetí. To znamená, že zažije-li člověk bezpodmínečné pozitivní přijetí, bude mít možnost uvědomit si a zpracovat ony nekonzistentní zážitky.

Německý lékař, psycholog a psychoterapeut G. W. Speierer předložil tzv. diferencovaný model inkongruence, který poukazuje na tři typy inkongruencí - dispoziční, sociálně komunikační a reaktivní.¹⁰ Dispoziční inkongruence je dědičná, jedná se např. o temperament, zvýšenou dráždivost, dispozice k depresi. Sociálně komunikační vzniká na základě zkušeností, které dotyčný nasbírání během života. Velkou roli zde hraje výchova, chování okolí. Reaktivní inkongruence je následkem významné psychosociální zátěže.

¹⁰ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

Psychoterapie je nejužitečnější u sociálně komunikační a reaktivní inkongruence, u dispoziční pak může působit podpůrně.

2.5 Terapeutický vztah

Rogers definoval tři postoje podporující optimální terapeutický vztah a růst osobnosti klienta - opravdovost či *kongruenci* terapeuta; *akceptaci bez podmínek*, čili pozitivní přijetí klienta terapeutem; *empatické porozumění* pocitům klienta a významu, který pro klienta mají. V roce 1959 Rogers stanovil základní podmínky vztahu mezi terapeutem a klientem, které vedou ke konstruktivní osobnostní změně. Nazval je *nevyhnutelnými a dostačujícími podmínkami osobnostní změny (the necessary and sufficient conditions of personality change)*. Jde o následující podmínky:¹¹

- Dvě osoby jsou v *psychologickém kontaktu*.
- První osoba, kterou nazveme klientem, je ve stavu *inkongruence*, zranitelná a úzkostná.
- Druhá osoba, kterou nazveme terapeutem, je ve vztahu *kongruentní* nebo integrovaná.
- Terapeut prožívá vůči klientovi *bezpodmínečné pozitivní přijetí*.
- Terapeut prožívá *empatické porozumění* klientova vnitřního vztahového rámce a snaží se komunikovat toto prožívání klientovi.
- Klient, alespoň v minimální míře, *vnímá* terapeutovo empatické porozumění a bezpodmínečné pozitivní přijetí.

Není-li splněna byť jen jediná podmínka, pak, dle Rogerse, nemůže dojít k terapeutické změně. Jsou-li všechny tyto podmínky splněny, nemusí být splněno již nic dalšího na to, aby došlo ke změně. První tvrzení je dnešními terapeuty uznáváno, druhé však zcela ne – ne všichni dochází k závěru, že úspěšnost terapie zaručí těchto šest nevyhnutelných podmínek. Jde o rozporuplné téma.

Výše uvedené podmínky jsou často chápány jako základ úspěšného terapeutického procesu. Mearns a Thorne ale upozorňují, že toto chápání je

¹¹ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 50. ISBN 978-80-247-2938-1.

zjednodušující.¹² Tyto podmínky jsou zcela dostačující k tomu, aby probíhal terapeutický proces. Jsou-li přítomny všechny podmínky a zároveň jsou přítomny kvalitně, právě jejich proplétání a spolupráce vytvářejí kvalitní terapeutický vztah, ve kterém se mohou dít pro klienta žádoucí změny. Zároveň to ale vyžaduje od terapeuta, aby v něm byla jako v člověku přítomna tato kvalita vztahování se. Nikoli, aby si nasadil jakousi masku terapeuta jen v případě, když má zrovna před sebou klienta.

V přístupu zaměřeném na člověka obecně nejde jen o naučení se technikám chování, nýbrž o přijetí určité filosofie a s ní souvisejících hodnot. Prožívání této filozofie stimuluje také konstruktivní proměny v druhých.

2.6 Nevyhnutelné a dostačující podmínky osobnostní změny

Ve výše uvedené podkapitole jsem o těchto podmínkách hovořila, v této podkapitole je rozvedu více, neboť se domnívám, že je to potřeba ke kvalitnímu pochopení povahy terapeutického vztahu v rogersovské psychoterapii.

První podmínka hovoří o psychologickém kontaktu. Jde o kontakt vzájemný, obě dvě strany volí, zda do kontaktu vstoupí, nebo z něj odejdou. Někteří lidé (například právě lidé duševně nemocní) mají problém s navázáním základní úrovně kontaktu. Nemusí si být ani vědomi toho, že tam ten druhý vůbec je. Pomoci navázat kontakt může například preterapie Garyho Prouta, které bude také věnována jedna z následujících kapitol. Tolan se zmiňuje ještě o tzv. *jemném kontaktu*, který je kontaktem na hluboké úrovni, těžko popsatelem slovy.¹³ Podaří-li se navázat s druhým člověkem dobrý emoční kontakt, automaticky to neznamena, že se podařilo navázat i jemný kontakt. Pokud jemný kontakt chybí, může mít ten, s kým je komunikován, pocit, že je něco „špatně“.

¹² MEARNES, D. and THORNE, B. *Person-Centred Therapy Today: New Frontiers in Theory and Practice*. London: Sage, 2000. ISBN-10: 0761965610.

¹³ TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.

Druhá podmínka týkající se *klientovy inkongruence* je splněna, je-li klient k terapii motivovaný, cítí vnitřní nepohodu a chce to změnit. Jeho sebepojetí je ustrnulé, což znamená, že připouští jen takové zkušenosti a emoce, které zapadají do kdysi pevně stanovených úzkých mezí. Vše ostatní popírá, vytěšňuje, racionalizuje, či nevnímá. Ovšem žádná psychoterapie nemůže změnit člověka proti jeho vůli. S tím souvisí i otázka důležitosti případné klientovy psychiatrické diagnózy v psychoterapii. Terapeut pracující v duchu rogersovské psychoterapie, nepotřebuje diagnózu znát. V terapeutickém procesu je důležité co sám klient o sobě řekne, jeho vyjádření problémů. Terapeut vychází z toho, že on nemůže vědět, co je pro klienta nejlepší, může „pouze“ poskytnout podmínky, ve kterých klient přijde na to, co je pro něj nejlepší.

Třetí podmínkou je *terapeutova kongruence*. Znamená to, že „*terapeut je ochoten být tím, kým je, setkává se s klientem tváří v tvář, respektuje ho jako samostatného člověka a vstupuje s ním do vztahu jako s rovnocenným partnerem. Je to snaha být maximálně otevřený svým zážitkům, nepopírat je a nezkrášlovat a v tomto smyslu být, jak jen možno, plně přítomen pro druhého. Být kongruentní očekává od terapeuta, aby si uvědomoval pocity, které v něm v rozvíjícím vztahu narůstají.*“¹⁴

Kongruenci si ovšem nesmíme plést s přímým vyjádřením pocitů. Kongruentní terapeut si své pocity uvědomuje, je schopen zaujímat k nim nějaký vztah a podpůrně je sdělovat. Sdělování pocitů terapeuta je to, co klientovi pomůže, na rozdíl od mínění a hodnocení, ovšem terapeut by měl mít vypěstovanou empatii a citlivost vůči klientovi, aby správně vyhodnotil, zda je vhodné se s klientem o tyto pocity podělit, či ne. V čem především pomáhá kongruence terapeuta klientovi, je možnost naučit se důvěřovat své zkušenosti s terapeutem. Když klient cítí, že je chápán, potom *je* chápán. Když cítí, že je přijímán, potom *je* přijímán. Klient poznává, že skutečně může důvěřovat svým vjemům.

Čtvrtá podmínka se zaměřuje na *bezpodmínečné přijetí* a vychází z toho, že člověk má přirozenou potřebu pozitivního přijetí, která je základem jeho psychického přežití. Aby tuto potřebu uspokojil, může se dostat do inkongruence, tedy do rozporu mezi

¹⁴ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 56. ISBN 978-80-247-2938-1.

skutečným zážitkem organismu a vnímáním tohoto zážitku. Inkongruence může být také chápána jako nedostatek bezpodmínečného přijetí. Bezpodmínečně přijímající terapeut akceptuje všechny klientovy postoje, projevy a jeho chování, ať mu již dává smysl či ne. Terapeut přijímá klienta jako člověka, který si sice přišel pro pomoc, ale má také právo mít své vlastní pocity a prožívání. Žádaným výsledkem terapie je právě hodnocení situací, v kterých se dotyčný ocitne, v souladu s jeho osobním hodnotovým systémem, nikoli s jeho internalizovanými hodnotami, které k němu původně přišly od jiných osob. Bezpodmínečné přijetí od terapeuta může naplnit dosud neuspokojenou potřebu bezpodmínečného přijetí od druhých, což může vyústit v pozitivní sebepřijetí klienta a k jeho kongruenci. V psychoterapeutické praxi to znamená, že terapeut nemusí souhlasit se vším klientovým jednáním, ale musí ho plně a bez výhrad akceptovat. Tím terapeut vytváří prostor, ve kterém se klient může setkat sám se sebou – se svými pocity, myšlenkami, zážitky. Klient také zažívá opačný postoj, než jaký k němu zaujímali druzí doposud – postoj, který protiřečí podmínkám ocenění. Požadavek pozitivního bezpodmínečného přijetí klade velké nároky na terapeutovu osobnost, neboť bezpodmínečné přijetí nemůže být hrané. Terapeut nemůže v zájmu efektivní terapie předstírat, že klienta bezpodmínečně přijímá. Klient pozná, je-li terapeutovo bezpodmínečné přijetí předstírané. Zde se pak samozřejmě nabízí otázka hranic konkrétního terapeuta, a jak s nimi dokáže pracovat.

Pátá podmínka se soustředí na *empatické porozumění*. Empatie znamená vstupování do světa druhého člověka, respektive do toho, jak svět vidí a vnímá on. Vyžaduje nejen schopnost vidět svět očima druhého, ale i citlivost k proměnám pociťovaných významů v jeho vnímání. Empatický terapeut co nejpřesněji cítí klientem zažité osobní významy a toto porozumění vůči klientovi projevuje. Jedná se i o obsahy, které se nacházejí těsně pod hranicí klientova vědomí. Terapeut zároveň dokáže rozlišovat mezi vnímáním klienta a sebe sama. Součástí empatického porozumění je také odložení svého hodnocení a vnímání. Důležitým aspektem je, že klient má potřebu prožít toto empatické porozumění, proto by terapeut měl dávat empatii najevo tak, aby klient cítil, že byl „pochopen“. Pokud toto klient nepocítí, může ho to odradit od dalšího sdělování se. Terapeut se s klientovým prožíváním také neidentifikuje a je schopen přejít z empatického porozumění k vlastním prožitkům. Empatii neprospěje přehnaná

komunikace (např. uspěchané otázky, otřepané fráze apod. Empatie také není papouškování klientových slov. Významy, které sdělení opravdu má, dává klient najevo z dalších aspektů – držení těla, výrazy obličeje atd. Empatické porozumění je léčivým činitelem v terapeutickém vztahu. Důležitým důsledkem empatického porozumění je to, že klient může zkoumat své reakce. Mearns a Thorne zdůrazňují, že empatie je výsledkem setkání – vynořující se vlastnost vztahu, která od něj nemůže být oddělena.¹⁵ Šiffelová píše o tzv. *idiosynkratické empatii*, která v sobě spojuje empatii a kongruenci.¹⁶ Vyžaduje od terapeuta, aby byl kongruentní se sebou, s klientem i s vztahem mezi nimi. Zdůrazňuje, že v empatii nemůže jít o „pouhé“ reflektování pocitů či opakování slov, která klient pronesl. Terapeut se naopak snaží neustále si ověřovat, zda klientova slova a jejich významy chápe správně – jestli je vnímá tak, jak je klient aktuálně prožívá. Idiosynkratická empatie se rozvíjí z „*transparentnosti terapeuta ve vztahu, z kvality setkání člověka s člověkem a z intuice terapeuta.*“¹⁷

Jádrum šesté podmínky je *klientova percepce*. Je potvrzením, že klient zažíval bezpodmínečné přijetí, empatii a kongruenci, které terapeut projevoval. Pokud by toto nezažíval, terapie by nebyla efektivní. Bere tedy v úvahu klientovu osobnost jako jeden z rozhodujících faktorů úspěšnosti terapie. Účinnost terapie ovlivňuje jak schopnost terapeuta dodržovat facilitující podmínky, tak klientova schopnost percepce. Pro úplně porozumění ještě dodávám, že vztah v terapii je závislý na obou osobách, vychází však od té osoby, která je schopna empatického porozumění. Není možné klientovi předepsat, že má mít dobrý vztah k terapeutovi. Vývoj vztahu však závisí na tom, jak dalece klient může a je schopen důvěřovat a může se na tuto důvěru spolehnout.

¹⁵ MEARNS, D. a THORNE, B. *Poradenstvo zamerané na človeka v praxi*. Bratislava: PedF UK, 1997. ISBN 8088868297.

¹⁶ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 56. ISBN 978-80-247-2938-1.

¹⁷ tamtéž, s. 62

2.7 Terapeutický proces

Chceme-li pracovat přístupem zaměřeným na osobu, musíme vycházet z předpokladu, že klient nepotřebuje žádné vnější pomocné prostředky. Má vlastní aktualizací tendenci, která mu může pomoci. Terapeut se tedy u klienta soustředí na osvobození jeho aktualizací tendence. Jestliže je splněno oněch 6 podmínek, je splněn předpoklad pro postupné uvolňování struktury self a postupné osvojení způsobu žití, který bere ohled na vlastní nezprostředkované zkušenosti dotyčné osoby, a ne na rigidní představy o tom jaká by ona osoba měla být.

Rogers zdůrazňoval procesovou, dynamickou stránku terapeutické změny. Hovořil o tzv. *momentech posunu*, ve kterých nastává podstatná změna. V těchto momentech klient přijme a prožije některé ze svých neakceptovatelných obsahů.

V širším smyslu lze terapeutický proces chápat jako odpověď, kterou v klientovi vyvolává postoj terapeuta. Vnímá-li klient, že jsou jeho pocity akceptovány, že někdo naslouchá vyjadřování jeho myšlenek a pocitů, začne sám naslouchat své vnitřní řeči, orientovat se v ní, akceptovat ji a rozumět jí v kontextu s vnějším světem. Sám o sobě by však pocit akceptace nepřispěl k pochopení kontextu vlastní existence, kdyby klient v nabízeném vztahu nevnímal opravdovost druhého a jeho nabídku empatického porozumění, nebo kdyby zde tyto prvky nebyly.

Ačkoli klient může být v raných stádiích procesu vůči terapii ambivalentní, může ho na úrovni organismu přitahovat a na úrovni self struktury ohrožovat, vyplatí se **důvěřovat procesu. Význam toho, co se stalo, je mnohdy zřejmý až při zpětném pohledu.**

Mylným předpokladem je, že úspěšná terapie vede k tomu, že člověk již nikdy nebude zažívat špatné pocity. Úspěšná terapie vede naopak k tomu, že pocity bude zažívat s veškerou intenzitou, ať jde o pocity příjemné, či nepříjemné. Rozdíl bude v tom, že nyní je bude moci přiznat a vyjádřit.

Rogers (1985) shrnuje změny vznikající v terapeutickém procesu:¹⁸

Klient:

¹⁸ NYKL, L. *Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal, 2004. s. 46. ISBN 80-86598-69-1.

1. *Je kongruentnější, jeho obrany mizí, je stále otevřenější vůči svému prožívání, okolní dění vnímá reálněji.*
2. *Lépe zvládá životní problémy, efektivněji vytváří vztahy.*
3. *Pociťuje stále méně fyzického i psychického napětí a strachu.*
4. *Častěji se rozhoduje, stává se sebevědomějším a samostatnějším.*
5. *Vnímá a řídí se svým organismickým procesem hodnocení, který rozlišuje uspokojivé a neuspokojivé zkušenosti. Učí se hodnotit svůj život jako pozitivní a konstruktivní.*
6. *Má větší kontrolu nad svým jednáním, chová se zraleji a má lepší vztahy k ostatním.*

3 Přístup zaměřený na člověka ve vztahu k psychopatologii

3.1 Specifika duševní poruchy z pohledu přístupu zaměřeného na člověka

Jak už bylo několikrát řečeno výše, Rogers vycházel z předpokladu aktualizační tendence, kterou disponuje každý člověk. Jde o tendenci k růstu, rozvoji a směřování k optimálnímu fungování. Proto se zaměřoval především na to, aby v člověku probudil tuto tendenci k životu. Tento přístup uplatňoval i u lidí duševně nemocných, což vneslo nové pohledy na člověka s psychiatrickou diagnózou. Došlo například k „přejmenování“ pacienta na klienta. Dále byla odmítnuta diagnóza jako relevantní informace pro terapii a stanovena hypotéza nevyhnutelných a dostačujících podmínek pro psychickou změnu.

Krátce se zastavím u přejmenování „pacienta“ na „klienta“, abych dostatečně osvětlila význam tohoto přejmenování. V 50. letech nazval Rogers svůj přístup psychoterapií zaměřenou na klienta. Chtěl tím zdůraznit fakt, že terapeut nenesení právní odpovědnost za člověka, kterému pomáhá. V pojmenování „pacient“ je však právní odpovědnost člověka, jenž pacientovi pomáhá, obsažena.¹⁹ Toto přejmenování s sebou nese kromě tohoto právního významu i řadu jiných implikací. „*Pokud nazýváme člověka klientem, naznačujeme tím, že jeho nepohoda je jen dočasným stavem a že on sám hraje důležitou roli v jejích odstraňování.*“²⁰ Terapeut je pak spíše společníkem na klientově cestě k uzdravení. Rogers zastával názor, že pokud člověka, který žádá o pomoc, nazveme pacientem a navíc mu dáme diagnózu, tedy jakousi psychopatologickou nálepkou, spíše mu přidáme problém, než abychom mu pomohli dojít k řešení. Pacient se stává „pouhým“ příjemcem pomoci a zodpovědným za své zdraví činí spíše odborníky, než sebe s čímž se jako sociální pracovník, který navštěvuje klienty v psychiatrických nemocnicích, setkávám.

Některé z nových pohledů se ovšem staly předmětem kritiky. Jedna z věcí, které jsou vytýkány rogersovské psychoterapii, je, že nemá žádný, nebo jen nepatrný způsob

¹⁹ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

²⁰ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 119. ISBN 978-80-247-2938-1.

jak pomoci lidem s vážnými a chronickými psychickými problémy. Zastánci přístupu zaměřeného na člověka považují tuto výtku za zásadní nepochopení principu této teorie. Jelikož tato teorie nezahrnuje tzv. medicínský model duševní poruchy a nepředpokládá, že konkrétní porucha vyžaduje specifickou léčbu, skutečně v tomto smyslu duševní nemoc „nevyлéčí“. Přístup zaměřený na člověka nabízí alternativní paradigma k medicínskému modelu. Dalším důvodem, který zpochybňuje efektivitu přístupu zaměřeného na člověka v oblasti psychických poruch, je jistá izolace jeho terapeutů, kdy neprobíhá žádoucí konstruktivní komunikace s jinými směry i příslušnými institucemi. Chybí zde mosty mezi jednotlivými disciplínami a společný jazyk se současnou psychiatrií a psychologií.

Pörtner poukazuje na možný potenciál změny u lidí psychicky nemocných, či jinak postižených (např. u lidí s problémovým chováním, nebo u starších lidí), který spočívá v jejich vnitřních zdrojích.²¹ Ty je třeba nalézat, podporovat a využívat. „Diagnostický pohled“ hledí přednostně na deficity a vede tak k soustředění se na to, co člověk nemůže či nedokáže. Zkušenost, že něco dokáže, nebo změním sám důležitější než určité řešení nějakého problému, nebo dosažení předsevzatého cíle. Obzvláště u lidí, kteří jsou zvyklí na určitou závislost na ostatních. U nich se ukazuje, že pokud jsou okolím povzbuzováni a podporováni k větší samostatnosti, vede to k dlouhodobější pozitivní změně, než když za ně někdo téměř vše udělá, či je dovede do cíle.

Důležité je nejen důvěřovat ve vývojové možnosti člověka, ale také neurychlovat jeho vývoj násilně. Změny jsou možné teprve tehdy, je-li člověk přijímán takový, jaký právě je. I zdánlivě zbytečné zastavení může mít svůj smysl. Může jít o užitečnou pauzu nutnou k ujasnění a k odpočinku, která předchází dalšímu kroku. Je tedy zapotřebí postoje, který předem nevylučuje možnost vývoje, ale také nenaléhá na změny.

V přístupu zaměřeném na člověka záleží v první řadě na respektování a podpoře odpovědnosti každého člověka za sebe sama v co nejvyšší možné míře. U lidí, kteří potřebují podporu je vždy nějaká oblast, byť třeba sotva zratelná, ve které mohou

²¹ PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

přijímat odpovědnost a tak by jim v této oblasti měla být dána. Přijmout odpovědnost znamená být brán vážně, nebýt tak docela závislý na druhých, což má pozitivní vliv na kvalitu života a na pocit vlastní hodnoty.

3.2. Psychiatrická diagnostika z pohledu přístupu zaměřeného na člověka

Již jsem se zmínila o tom, že přístupu zaměřenému na člověka je v oblasti psychopatologie vytýkáno nedostatečné vysvětlení vzniku duševních poruch a schází mu teorie psychopatologie. Proti této výtce se brání zastánci přístupu zaměřeného na člověka dvěma způsoby. Jedna skupina odmítá model psychopatologie a klasifikaci psychických poruch. Zastává hypotézu, že člověk má v sobě zakořeněnou tendenci dávat svému životu smysl a konstruktivně řešit problémy (viz aktualizací tendence) a to zejména tehdy, má-li oporu v empatických, pravdivých a oceňujících vztazích. Tato skupina se tedy soustředí na pozitivní a tvořivé síly v člověku, nikoli na deficitní model nemoci. Poukazuje i na negativní dopad přílišné diagnostiky a tlaku na předepisování specifických léčebných postupů. Z pohledu této skupiny vznikají psychické problémy jako důsledek zvnitřněných podmínek ocenění, které nejsou v souladu s organismickým hodnotícím procesem (jinak řečeno se zkušeností organismu). Aktuální psychopatologický diskurz předpokládá jedinou konkrétní příčinu problému, ale projevy stejné psychické nemoci jsou u každého člověka jiné, jedinečné. Proto terapie zaměřená na člověka vidí jediné řešení ve formě terapeutických podmínek. Ty se ovšem projeví také vždy v jedinečném vztahu dvou jedinečných lidí.

Druhá skupina zastánců přístupu zaměřeného na člověka „*podporuje myšlenku vytvořit originální psychopatologii, ať už jako součást medicínského modelu, nebo jeho alternativu.*“²² Důvody pro to jsou různé, ale shodují se v tom, že metaforu nemoci nelze ignorovat, neboť má v moderní společnosti ústřední roli při poskytování pomoci lidem s potížemi.²³

²² ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 122. ISBN 978-80-247-2938-1.

²³ SANDERS, P., 2006. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

Rogers diagnostiku odmítal jak z klinických, tak z etických důvodů. Zastával názor, že diagnóza může být prospěšná pouze v případě, kdy přispívá k pocitu bezpečí terapeuta a k vysoké kvalitě jeho empatie a akceptace klientů. Poukazuje na to, že samotný proces diagnostikování vkládá hodnocení klienta do rukou experta, může vést ke ztrátě sebedůvěry klienta a tím pádem i k odklonu od posunu v terapii. Klient přestává věřit ve vlastní schopnosti řešit své problémy, ztrácí motivaci, nechává o sobě rozhodovat druhé, což vede ke značným sociálním důsledkům. Dále rozlišuje mezi modelem organické poruchy, kde je diagnóza podmínkou a skutečnými psychickými obtížemi. Dle něj je z pohledu psychoterapie zaměřené na klienta diagnóza zbytečná a pro terapeutický proces škodlivá. Opustil též názor, že konkrétní diagnóza je léčitelná specifickým léčebným postupem.

Petterson uvádí, že vše co je nutné pro terapeutický účel, je, že klient přijde pro pomoc, je schopen navázat dostatečný psychologický kontakt a je schopen verbalizovat své chování, postoje a pocity.²⁴

Merry shrnuje 10 kritický výhrad proti psychodiagnostice:²⁵

- 1. Diagnostické nálepky jsou často nesmyslné nebo nedostatečně definované.*
- 2. Nálepky se mohou stát sebenaplňujícím proroctvím.*
- 3. Klienti, u kterých byla diagnostikována specifická porucha, mohou být léčeni stereotypními způsoby i dlouho poté, co porucha zmizela.*
- 4. Terapeuti mohou být příliš zaujati klientovou minulostí a zanedbat současné postoje a chování.*
- 5. Terapeuti mohou být příliš zaujatí patologií a mohou tak podcenit klientovu sílu.*

²⁴ PETERSON, C. H. Understanding Psychotherapy: Fifty years of client-centred theory and practice. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

²⁵ MERRY, T. *Naučte sa byť poradcom – poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: Ikar, 2004, s. 80. ISBN 80-551-0768-8.

6. *Existuje nebezpečí, že socializovaná genderová role ovlivní diagnózu. Např. ženy tlačené společností do emocionální expresivity mohou být snáze diagnostikovány určitými způsoby jako histriónské nebo závislé.*
7. *Podobně muži společností určení jako rezervovanější mohou být vnímáni jako paranoidní nebo antisociální. Diagnóza odráží možnost vnímat patologicky ty aspekty chování, které jsou normální pro dobře socializované muže a ženy.*
8. *Zdůrazňování diagnózy může vést k závislosti klientů na odbornících.*
9. *Praktici musí mít dobrý výcvik, aby mohli používat různé diagnostické systémy, které mají stále relativně nízkou reliabilitu a validitu.*
10. *Diagnostické nálepky se mohou na povrchu zdát vědecké a objektivní, čímž zvyšují mystiku professionalismismu.*

Důvody, proč přístup zaměřený na člověka odmítá klasickou podobu diagnózy a specifickou léčbu, shrnuje Rogers takto:²⁶

- *Chování má příčinu a psychologická příčina chování je určitý vjem nebo způsob vnímání.*
- *Klient je jediný, kdo má možnost plně poznat dynamiku svého vnímání a chování.*
- *Aby se chování mohlo změnit, musí se zažít změna ve vnímání. Rozumové poznání to nemůže nahradit.*
- *Konstruktivní síly, které navodí změnu ve vnímání, reorganizaci a přeučení, spočívají primárně v klientovi a pravděpodobně nemohou přijít zvenčí.*
- *Terapie je v zásadě prožívání neadekvátností starého způsobu vnímání, prožívání nových a přesnějších vjemů a nakonec rozpoznání významných souvislostí mezi vjemy.*
- *Terapie je ve velmi smysluplném a přesném smyslu slova diagnostikováním a diagnóza je proces, který probíhá v prožívání klienta spíše než v úvahách klinického pracovníka.*

²⁶ ROGERS, C. R. *Klientom centovaná terapia*. Modra: Persona, 2000, s. 200-207. ISBN 8096798030.

4 Nové koncepty psychopatologie (psychologický kontakt, teorie inkongruence, styly procesů)

Wilkins rozlišuje 3 hlavní linie, které rozvíjejí alternativní modely psychopatologie.²⁷ Jednotlivé modely nabízejí vlastní vysvětlení vzniku psychické poruchy nebo popisují postupy, které mohou klientům pomoci navázat intenzivnější kontakt s jejich prožíváním. Nyní je jednotlivě představím:

Model založený na *psychologickém kontaktu* nabízí metody, které pomáhají znovunastolit psychologický kontakt. Je užitečný v situacích kdy není splněna jedna z Rogersových nevyhnutelných a dostačujících podmínek, kterou je existence psychologického kontaktu mezi terapeutem a klientem – v tomto případě nemůže být terapie efektivní. Preterapie se využívá především u klientů, kteří mají narušenou schopnost kontaktu a jsou často považováni za neschopné terapie. Pro tento model, za jehož zakladatele je považován americký psycholog Garry Prouty, se vžil název *preterapie*.

Další z alternativních modelů psychopatologie je založený na definování různých druhů či symptomů *inkongruence*. Dle německého terapeuta Gerharda Speierera má inkongruence příčiny v emočních potížích. Speierer rozlišuje tři hlavní příčiny, spočívající ve faktorech sociální komunikace (osvojení si podmínek ocenění a nesoulad mezi společenskými a organismickými hodnotami), v bio-neuropsychologické neschopnosti dosáhnout kongruence a v sociálních i nesociálních životních událostech.

Třetím modelem jsou *styly procesu zpracovávání zážitku* od americké psycholožky Margaret Warnerové. Warnerová hovoří o procesu zpracování zážitků, který je jedním ze základních aspektů lidské povahy a který u mnohých lidí neprobíhá přirozeně a plynule. Rozlišuje tři typy těchto „špatně“ probíhajících procesů: *křehký*, *disociativní* a *psychotický*.

²⁷ WILKINS, P. Person-Centred Theory and 'Mental Illness'. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

Vymětal se také vyjadřuje o nepoměru ideálního a reálného „já“, který vystihuje stupeň závažnosti neurotického onemocnění.²⁸ Ideální „já“ chápe jako představu jedince o tom, jaký by měl být, reálné „já“ vyjadřuje, jak jedinec sám sebe hodnotí.

Následující dvě podkapitoly jsou věnovány podrobnější definici dvou výše popsaných modelů: preterapii a stylům procesů zpracování zážitků.

4.1 Preterapie

Zakladatelem preterapie je Garry Prouty, americký psycholog a žák Eugena T. Gendlina, amerického filosofa a psychoterapeuta, zakladatele psychoterapeutické techniky focusing. Prouty se soustředil se na Rogersovu první terapeutickou podmínku – psychologický kontakt. Dle Rogerse je psychologický kontakt předpokladem pro vytvoření terapeutického vztahu a nevytvoří-li se terapeutický vztah, nemůže nastat v terapii změna.

Prouty upozorňuje, že psychologický kontakt nemusí být automatický. Vychází ze své zkušenosti s klienty, kteří tohoto kontaktu nejsou schopni z důvodu organického poškození, psychické nemoci či poranění. Jedním z důsledků těchto problémů je neschopnost zachytit či uvědomit si své vlastní prožívání.

Prouty předpokládá, že i inkohorentní chování dává smysl, neboť člověk funguje pre-expresivně, což znamená, že má tendenci vyjádřit svou zkušenost, i když ještě není integrovaná a jeví se jako mimo kontext.

Základními prvky preterapie, které vymezují psychologický kontakt, jsou:²⁹

- Kontaktní funkce – Prouty rozlišuje tři druhy kontaktních funkcí, které je třeba postupně u klienta obnovit: *Kontakt s realitou* (uvědomování si lidí, míst, předmětů, událostí), *emocionální kontakt* (uvědomování si svých pocitů, nálady), *komunikační kontakt* (schopnost hovořit o svých zážitcích a zkušenostech, dorozumět se s ostatními).

²⁸ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

²⁹ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

- Kontaktní reflexe neboli odpovědi terapeuta – terapeut používá pět druhů reflexí, jejichž prostřednictvím může klient navázat kontakt s realitou, s pocity a s druhými lidmi: *situační reflexe prostředí* (reflektuje klientovu situaci, prostředí, probíhající události, cílem je facilitovat kontakt s realitou); *reflexe výrazu tváře* (cílem je facilitovat kontakt s emocemi); *reflexe tělesného výrazu* (reflektuje slovy nebo nápodobou tělesných pohybů pohyby a pozici klienta); *slovní reflexe* (reflektuje jednotlivá slova a další slovní projevy klienta); *opakování reflexí* (terapeut opakuje reflexe, které předtím vedly ke kontaktu).
- Kontaktní chování neboli klientovo chování – změny v chování klienta (klient je více kontaktní) se objevují jako výsledek posilování kontaktních funkcí.

Zde je na místě uvést, že preterapie se zdá být jednoduchou metodou, avšak je to velmi jemná práce, která vyžaduje velkou citlivost, vhodné tempo a načasování. Terapeut musí dávat pozor na nejjemnější změny v klientově chování. Reakce terapeuta musí být nejen empatické atd., ale i velmi konkrétní a realistické. Jejich cílem je obnovit u klienta schopnost navazovat kontakt se sebou samým, se svým světem a svými zážitky a tím pádem i kontakt s druhými lidmi. Je-li kontakt obnoven, klient je „připraven“ na klasickou terapii.

4.2 Styly procesu zpracovávání zážitků

Americká psycholožka a psychoterapeutka Margaret Warnerová se zaměřuje na terapii klientů s těžšími psychickými poruchami. Vytvořila alternativní model psychopatologie, který vychází z principů přístupu zaměřeného na člověka a snaží se překonat některé nedostatky klasifikace psychických poruch. „*Její model kombinuje teorii přístupu s některými závěry vývojové psychologie a nabízí alternativní vysvětlení projevů extrémní emoční a vztahové citlivosti.*“³⁰

Základním pojmem modelu Warnerové je „proces“, který vychází z Rogersova pojetí. Dle něj je lidská osobnost definována v procesu, ne jako konkrétní osobnostní

³⁰ WARNER, M., 2000, 2002, 2005. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 125. ISBN 978-80-247-2938-1.

typ. V tomto smyslu je proces chápán jako způsob, jak člověk prožívá svět. Východiskem práce Warnerové je důraz na schopnost člověka vytvářet a dávat význam vnitřním zážitkům, jak vlastním, tak i v rámci mezilidských vztahů. Je-li tato schopnost narušená, citelně omezuje život dotyčného člověka.

Tato schopnost se vyvíjí od nejranějšího věku. Dospělý, který se nachází v blízkosti dítěte, učí dítě věnovat pozornost svým zážitkům, modulovat jejich intenzitu a pojmenovávat je. Žádoucí je, aby jedinec uměl optimálně zpracovávat zážitky, což znamená udržet zážitek v přiměřené úrovni pozornosti, umět regulovat jeho intenzitu a umět ho pojmenovat. Dojde-li k narušení vývoje psychických, nebo biologických schopností zpracovávat zážitky, bude pro jedince tento proces obtížný. Warnerová popisuje tři druhy těchto obtížných procesů.³¹

Křehký proces vzniká, trpěl-li člověk jako dítě nedostatkem empatického porozumění. V dospělosti bude mít tendenci prožívat významné události na velmi nízkém nebo velmi vysokém stupni intenzity. Bude pro něj také těžké zachytit hledisko druhého člověka a zůstat přitom v kontaktu se svým zážitkem. Tento druh obtížného zpracování zážitku vyžaduje empatické reakce druhého člověka. Člověk v křehkém procesu se totiž ptá, zda je jeho zážitek pravdivý, zda má vůbec právo existovat. „*Jakékoli chybné pojmenování nebo návrh jiného pohledu může být klientem vnímáno jako odpověď „ne“ na jeho otázku.*“³² Warnerová rozlišuje klienty s nízkou a vysokou intenzitou procesu zpracování zážitků, z čehož vyplývá, že klienti z první skupiny mají problém brát své emoční reakce vážně a klienti z druhé skupiny cítí své zážitky i emoce velmi silně a často chtějí, aby druhý člověk potvrdil správnost jejich citění.

Terapie napomáhá vytvořit ten druh empatického přijetí, kterého se klientovi v raném dětství nedostávalo. Je-li terapeut empatický a citlivý vůči klientovi, klient cítí uspokojení a satisfakci, která vychází z toho, že svůj zážitek akceptuje a přijímá. Klient se často za své zážitky a pocity (které jsou mnohdy bolestné a nepříjemné) stydí a bojí se, že skrze ně ublíží sobě či jiným. V tomto případě vyžaduje efektivní terapie vysokou

³¹ WARNER, 2000, 2005. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

³² tamtéž, s. 127

schopnost naslouchat. Klient potřebuje pocítit, že terapeut přesně porozuměl jeho zážitku i jeho zranitelnosti. Klient je také citlivý na pojmenovávání zážitků terapeutem, což může terapeut dělat v dobré víře, že klientovi pomůže najít vhodná slova ve chvíli, kdy klient neví, jak se vyjádřit. Významy, které dá klientovým zážitkům terapeut, mohou být klientem vnímané jako neporozumění a klient se může vzdát hledání vlastního významu.

V disociativním procesu člověk „prožívá sám sebe, jako by měl více částí sebe, které v různých časových obdobích nejsou integrovány dohromady.“³³ Disociace je reakcí na traumata v raném dětství. Zažije-li dítě ve věku do sedmi či osmi let traumatický zážitek a v dospělých lidech okolo sebe nenajde dostatečnou ochranu a uklidnění, vytvoří si mechanismus, který mu pomůže překonat a odstranit emoční bolest – tímto mechanismem je právě disociace. Jednotlivé části psychiky vytvářejí různé strategie, které pomáhají reagovat na traumatické zážitky. V dospělosti mají pak tyto oddělené části tendence vyplouvat na povrch ve chvíli, kdy hrozí navrácení traumatických vzpomínek. Terapie, ve které pak skutečně vyplouvají traumatické vzpomínky na povrch, je velmi bolestná a často chaotická. Disociované části se nepřipomínají neustále, klient je vnímá jako stavy, které mu působí nepříjemnosti, psychickou nepohodu. Mohou to být např. zlé sny, sebepoškozující impulsy apod. Při terapii s těmito klienty je důležitá terapeutova přesná empatie, protože porozumění jedné části se může zdát ohrožením pro druhou. Bezpodmínečné přijetí je základem pro vytvoření vztahu se všemi částmi.

Psychotický proces se vyznačuje obtížným formováním uceleného příběhu o subjektivních zážitcích, který by dával smysl v rámci kultury, nebo ve vztahu k prostředí. Tito lidé mají narušený kontakt se svým self, se světem, s druhými lidmi. Často je provázejí halucinace a bludy, slyší hlasy. Přesto ale mohou být jejich zážitky smysluplné a mohou vyústit do reálného zpracování. Zde se dobře uplatní preterapie, protože právě používání kontaktních reflexí je cestou ke znovunastolení vazby, která je mnohem více vystavěna na realitě.

³³ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 128. ISBN 978-80-247-2938-1.

Mearns definuje vedle těchto tří obtížných procesů ještě *přenos*, *existenciální odloučení* (odcizení, odpojení člověka od existenciálních významů jeho života) a *ego-syntonický proces*.³⁴ Poslední zmiňovaný proces vzniká, byl-li vztah s rodiči nepředvídatelný a plný negativních zážitků, jako např. výsměchu, nenávisti či zneužití, které přicházely, když byly očekávány pozitivní zážitky. Dítě se tedy naučilo uzavírat se do sebe, potlačovat emoční pouto, našlo si způsoby jak vztah kontrolovat a jak kontrolovat sebe ve vztahu. Takový člověk si vytvoří sebeobrané a ochranné mechanismy, které zobecní a v dospělosti přenesou i na další vztahy, což může mít různé projevy – např. nepřístupnost, vyhýbání se styku s druhými, bezcitnost, přílišná kontrola, sebevražedné sklony, nebo „pouze“ zmatenost a obava ze vztahů.

³⁴ MEARNS, D. and THORNE, B. Person-Centred Counselling in Action (3rd ed.). In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

5 Možnosti aplikace přístupu zaměřeného na člověka v péči o klienty s psychiatrickými potížemi

5.1 Mýtus o nevhodnosti použití přístupu zaměřeného na člověka v péči o klienty s psychiatrickými potížemi

Přístup zaměřený na člověka nabízí alternativní vysvětlení psychických potíží v souladu s hodnotami humanistické psychologie. Jednou z výtek, které jsem zmínila výše, je, že přístup zaměřený na člověka nemůže poskytnout účinnou terapii klientům s vážným duševním onemocněním. Zkušenosti některých odborníků, kteří pracují pomocí přístupu zaměřeného na člověka, jsou však jiné.

Uvedu příklad dánské psychoterapeutky s třicetiletou pracovní zkušeností na psychiatrické na klinice - Lisbeth Sommerbeckové. Tato psychoterapeutka je přesvědčená o vhodnosti rogersovské psychoterapie u klientů s vážným duševním onemocněním a myslí si, že ve spojitosti s preterapií je tento psychoterapeutický přístup dokonce jediný, který je uskutečnitelný u lidí, které jiné psychoterapeutické přístupy považují za neschopné terapie.³⁵ Ve své studii také rozpracovala důvody tohoto mýtu o nevhodnosti.³⁶

1. *Neuspokojivé výsledky Rogersova vlastního výzkumu s lidmi diagnostikovanými schizofrenií (tzv. Wisconsinský projekt)*
2. *Mylný názor, že vyjádření empatického porozumění vůči psychotickým představám je jejich tichým odsouhlasením nebo posílením.*
3. *Zaměňování „nedirektivního“ s „nestrukturovaným“.*
4. *Mylná představa, že přístup zaměřený na člověka je výhradně hlubinný přístup.*
5. *Zaměňování teorie terapie s teorií osobnosti.*

³⁵ SOMMERBECK, L. An evaluation of Research, Concepts and Experience Pertaining to the Universality of CCT and its Application in Psychiatric Settings. In ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

³⁶ tamtéž, s. 131

Tyto mýty se snaží vyvrátit následujícími argumenty:

*Ad 1. Wisconsinský projekt - „V roce 1967 Rogers publikoval výsledky rozsáhlého výzkumu, který srovnával účinky terapie zaměřené na člověka u skupiny normálních klientů, akutních schizofreniků a chronických schizofreniků a paralelních skupin, kterým psychoterapie nebyla poskytnuta. Výsledky tohoto projektu byly zklamáním, protože u zkoumaných osob nebyla zaznamenána výrazná osobní změna.“*³⁷

Zde je na místě upozornit, že Rogers začal se zkoumáním psychoterapeutického procesu již ve 40. letech za účelem definování obecně účinných faktorů terapie.³⁸ Každopádně v důsledku negativních výsledků Wisconsinského projektu převládl názor, že rogersovská psychoterapie nemůže významně pomoci lidem s vážnějším duševním onemocněním. Rogers ve svých komentářích k výzkumu ale poukázal na několik zásadních nedostatků celého projektu. První z nich zpochybňuje samotnou diagnózu schizofrenie. Dále byla ve výzkumu opomenuta jedna z nejdůležitějších proměnných, která je součástí Rogersových šesti podmínek terapeutické změny, a to motivace klientů pro terapii. Většina klientů – účastníků výzkumu – nebyla pro terapii motivována, neviděli v terapii žádný smysl již dopředu, sami od sebe pomoc nevyhledali. Motivace je ovšem faktor na straně klienta, který má zásadní význam u jakékoli terapie a nesouvisí ani s psychiatrickou diagnózou. Dále se ukázalo, že vzhledem k nízké motivaci klientů ve výzkumu, byli terapeuti nuceni improvizovat a vymýšlet jiné způsoby jak reagovat na klienty, které neodpovídaly principům přístupu zaměřeného na člověka. K tomu se přidal fakt, že terapeuti, kteří se výzkumu zúčastnili, neměli žádnou předchozí zkušenost s lidmi, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Dle Sommerbeckové tak *„projekt neukazuje na možnosti tohoto přístupu, ale jen na výsledky kombinace nepřesného terapeutického přístupu a nezkušených terapeutů použitých u nemotivovaných klientů.“*

39

³⁷ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 131. ISBN 978-80-247-2938-1.

³⁸ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

³⁹ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 132. ISBN 978-80-247-2938-1.

Ad 2. Empatické porozumění a psychotické představy - Sommerbecková poukazuje na roli empatického porozumění u klientů s psychotickými představami. Nesouhlasí s názorem, že empatické porozumění potvrdí a posílí psychotické představy. Dle jejího názoru, pokud je takový člověk konfrontován s korekcí své reality, má tendenci svou realitu bránit. Tím pádem si ji více upevňuje, propracovává a zvnitřňuje. Empatické porozumění nedává tomuto člověku žádný důvod, aby svou realitu bránil, naopak mu umožňuje uvažovat i o jiných hlediscích. V bezpečné a přijímající atmosféře může jít dále a může se postupně potkávat s některými svými inkonzistentními představami.

Ad 3. Záměna nedirektivního a nestrukturovaného – vyjadřuje, že nedirektivní povaha této terapie se často zaměňuje za nedostatek struktury. Přístup zaměřený na člověka však poskytuje spolehlivé sociální prostředí. Terapeut je pro klienta opravdový a transparentní a tento svůj postoj během celé terapie nemění. Terapie je tedy v tomto smyslu velmi strukturovaná.

Ad 4. Představa, že přístup zaměřený na člověka je výhradně hlubinný přístup – odkazuje na názor, že hlubinná terapie může psychotickým klientům spíše uškodit kvůli zaměřením na hlubší roviny jejich prožívání a tím pádem většímu riziku uzavření se a zesílení psychotických příznaků. Přístup zaměřený na člověka je však vůči tomuto riziku obrněný, protože terapeut má klienta „pouze“ provázet na jeho cestě, ne jeho proces usměrňovat a někam klienta „popostrkovat“.

Ad 5. Zaměňování teorie terapie s teorií osobnosti - terapie zaměřená na člověka není nápomocná v tom, že by vyléčila a odstranila biologické dispozice k psychické nemoci, nýbrž pomáhá klientovi, aby se dokázal lépe chránit před stresovými faktory, které spouštějí psychotické projevy. Může tedy fungovat jako prevence.

Dle Vymětala je přístup zaměřený na člověka účinný především u lidí, kteří touží po větší autonomii, příp. i po větším vlivu, prosazení sebe sama a „kontrolu“ okolí. Dále lidé hledající chybu dříve v sobě, než v okolí a lidé spíše introvertního zaměření. Ze zkušenosti i výzkumů (např. Speierer 1994) vyplývá, že přístup zaměřený na člověka je

obzvláště účinný u neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem, u somatoformních poruch a některých poruch nálady.⁴⁰

5.2 Dialogický přístup

V průběhu 20. století se západní filosofické myšlení odklonilo od přílišného důrazu na autonomii, individualitu, oddělení od druhých k myšlence, že člověk je především vztahová bytost, jeho bytí je na prvním místě „bytí ve vztahu“. Tento postoj se odráží i v chápání terapeutického vztahu – zkoumáním svého vztahu s terapeutem může klient reflektovat a přehodnocovat ty prvky, které jsou ústřední pro jeho existenci – vztahy s druhými.

Dle tradice západní filosofie a teologie, existují dva rozměry povahy a podstaty lidského bytí. Prvním rozměrem je individualistická povaha člověka, ze které vychází potřeba autonomie, nezávislosti, svobody, jedinečnosti, důstojnosti, sebeurčení. Druhý rozměr se týká vztahové podstaty člověka, kdy člověk existuje především ve vztahu a bez jeho vztahů k jiným lidem jej vlastně nelze poznat. Tento rozměr odráží sociální povaha člověka s potřebami sounáležitosti, závislosti, solidarity, vzájemnosti apod. Terapie zaměřená na první rozměr je především objevování vlastní osobnosti. Terapie zaměřená na druhý rozměr je setkávání ve vztahu, kdy se člověk stává sám sebou prostřednictvím druhých.

Do popředí se dále dostává myšlenka, že člověk má výraznou potřebu vzájemnosti a interakce a že psychické potíže vznikají také v případě, je-li schopnost člověka vztahovat se k druhým lidem narušená či omezená. Terapie zaměřená na člověka v duchu dialogického přístupu tedy bude klást větší důraz na vzájemnou a transparentní interakci terapeuta s klientem.

Přístup zaměřený na člověka rozvíjející se z hlediska dialogického přístupu zdůrazňuje setkání místo vztahu. „*Terapeut a klient spolu-prožívají, spolu-pracují, spolu-vytvářejí svůj vztah, aby spolu-objevili svoji lidskost.*“⁴¹

⁴⁰ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

⁴¹ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 143. ISBN 978-80-247-2938-1.

Důraz na samotnou vztahovost má oporu i v dlouholetých výzkumech účinných faktorů psychoterapie napříč spektrem terapeutických přístupů (Timulák, 2005; Cain, 2006; Bozarth, 1998b). Výsledky výzkumů poukazují na to, že kvalita vztahu mezi terapeutem a klientem patří vedle proměnných na straně klienta mezi klíčové prvky ovlivňující efektivitu terapeutické práce. *„Tvoří kolem třiceti procent úspěchu a není závislá na orientaci terapeuta či technikách a metodách, které používá.“*⁴²

Klíčová role vztahu je vymezená již v šesti Rogersových nevyhnutelných a dostačujících podmínkách. Setkání terapeuta s klientem však může probíhat na různých úrovních kontaktu, někdy bude probíhat na povrchnější úrovni, jindy bude velice hluboké. Každopádně zážitek hlubšího vztahu a opravdového kontaktu s druhým člověkem je jedinečnou a obohacující zkušeností, která má podstatný léčivý účinek. Proto někteří představitelé přístupu zaměřeného na člověka cítí potřebu zdůraznit vztahovou stránku terapie a vyzdvihnout roli vzájemného vztahu a intenzivního setkání terapeuta a klienta.

5.3 Psychické potíže jako odraz vztahu člověka k druhým i k sobě samému

Potřeba kontaktu patří mezi základní lidské potřeby. Absence kvalitních vztahů má pro život člověka nesmírné důsledky. Nejzřetelněji se projevuje v pocitech samoty a opuštěnosti, které mohou být velmi bolestivé a doprovázené pocity prázdnoty. Nemusí to nutně znamenat nepřítomnost druhých lidí, ale spíše neexistenci hlubokého, opravdového, intimního a smysluplného vztahu. *„Psychické zdraví jedince tak můžeme spojovat s otevřeným a dialogickým vztahem k jeho rozmanitým způsobům bytí; psychické potíže jsou naopak spjaté s vnitřními intrapersonálními vztahy, které se vyznačují soutěživostí, odmítáním, neempatií a kritikou k jednotlivým aspektům self.“*⁴³

Mick Cooper rozlišuje dva základní modely vztahování se k sobě – způsob Já-Já a způsob Já-Mě.⁴⁴ Ve způsobu Já-Já člověk komunikuje sám se sebou empatickým a

⁴² ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010, s. 137. ISBN 978-80-247-2938-1.

⁴³ tamtéž, s. 144

⁴⁴ MEARNS, D. and COOPER, M. *Working at Relational Depth*. London: Sage, 2005. ISBN 9780761944584.

akceptujícím způsobem. Ve způsobu Já-Mě člověk není tolik v kontaktu se svým prožíváním, vztahuje se k sobě s určitou distancí, jako k objektu. Mívá nízké sebehodnocení a prožívá mnohé vnitřní konflikty.

Vymětal hovoří o psychických obranných mechanismech (popření a racionalizaci).⁴⁵ Získá-li člověk zkušenost, kterou nemůže přímo zařadit do sebepojetí, ani se s ní nevyrovná pomocí zmíněných mechanismů, dostane se do stavu inkongruence. Nedojde-li ke změně v rámci sebepojetí a inkongruence přetrvává, nejčastěji dochází k vnitřnímu napětí a úzkosti, dále vznikají symptomy v psychické oblasti (vina, nepřiměřené výčitky svědomí, depresivní nálada, apod.), nebo dojde k somatickým projevům – obvykle bývají potíže somatického i psychického rázu.

5.4 Setkání ve vztahové hloubce

Pojem „vztahová hloubka“ začal používat britský psychoterapeut Dave Mearns.⁴⁶ Navázal tímto na Rogersův popis „kvality přítomnosti.“ Byl inspirován také filosofií dialogu, kterou pro psychoterapii přiblížil Peter Schmid. Setkání ve vztahové hloubce nabízí intenzivní a léčivý kontakt. Nejedná se „jen“ o terapii, kdy je terapeut dostatečně empatický, akceptující a kongruentní. Klientovi je v takovém vztahu nabídnuta možnost pracovat na existenciální úrovni svého prožívání. Terapeutický vztah je jedinečný v tom, že může nabídnout prostředí, kde se klient nemusí nějak prezentovat a nikdo ho nebude hodnotit. V takovém prostředí může klient odhalit a reflektovat nejen své veřejné self, ale i to vnitřní, existenciální. Ačkoli je takové setkání intenzivní jak pro klienta, tak pro terapeuta, terapeut se při setkání soustředí na vztah a klient na svůj vlastní proces, proto se tyto prožitky liší. K setkání ve vztahové hloubce samozřejmě nemusí dojít vždy. Jde o rovnocenně oboustranné setkání, proto překážka bránící navázání takto hlubokého vztahu může být jak na straně terapeut, tak na straně klienta.

⁴⁵ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

⁴⁶ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

Body, které napomáhají terapeutovi facilitovat setkání ve vztahové hloubce, jsou tyto:⁴⁷

- Odpoutat se od cílů a touhy udělat něco pro klienta – najít řešení, vyléčit ho apod. Je-li terapeutova pozornost zaměřena na výsledky jeho práce, nemůže být zaměřen na klienta a nemůže mít dostatečnou důvěru v jeho vlastní schopnosti vyřešit své problémy.
- Vzdát se očekávání a předpokladů – terapeut by neměl do klienta projikovat svá očekávání toho, jak se bude klient chovat.
- Vzdát se technik a terapeutických postupů, neboť takto je terapeutova pozornost zaměřena spíše na to, co dělá a na výsledky, než na klienta.
- Naslouchat všem stránkám klienta a nepospíchat s odpovědí tak, aby se klient mohl dostat ke svým zážitkům na hluboké úrovni.
- „Klepat na dveře“ – někdy je třeba pomoci klientovi objevovat jeho zážitky víc do hloubky a do detailů a tato metafora naznačuje jemnost a charakter pozvání, které toto „klepání“ v sobě nese.
- Otevřenost všem částem – důležité je akceptovat a přijímat všechny aspekty klienta.
- Otevřenost k tomu být ovlivněný klientem – dovolit si, aby nám na klientovi záleželo, aby nás ovlivnil či změnil a také dovolit klientovi, aby viděl, jaký dopad na terapeuta má.
- Vytváření bezpečného prostoru – terapeut zaujímá nehodnotící postoj ke klientovi, postupně si získává jeho důvěru, do jeho světa vstupuje pomalu a nenásilně, dodržuje příslušné hranice. Neměl by však vytvářet pečující prostředí, kde není žádná výzva, žádné skutečné a kongruentní setkání.
- Minimalizovat rušivé prvky (zvuky z ulice, vlastní rušivé myšlenky apod.)
- Sebeuvědomování – terapeut je schopen uvědomovat si jaké to je „být“ s klientem a toto uvědomění mu reflektuje.

⁴⁷ ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

- Transparentnost – terapeut je přirozený, bezprostřední, neskrývá, co se v něm děje. Má to ale své hranice – terapeut si je vědom nakolik jeho bezprostřednost a přirozenost slouží klientovi a nakolik je to spíše o jeho vlastní potřebě.
- Práce tady a teď – terapeutovy reakce jsou bezprostřední, čímž umožňují klientovi být přítomný a usnadňují poznání procesů, které mu brání dostat se blíže k druhým lidem. Klient získává zpětnou vazbu o tom, jak je vnímán druhými.

Rozhodující podmínkou pro setkání ve vztahové hloubce je terapeutova kongruence – opravdovost, protože setkání ve vztahové hloubce nemůže být předstírané. Od terapeuta vyžaduje neustálou sebereflexi a práci na svém rozvoji a sebezpřijetí, neboť pak se může setkat s druhým člověkem a s jeho kritikou, aniž by to v něm vyvolalo potřebu bránit se.

5.5 Přístup k lidem závislým na péči druhých

Poslední podkapitolu věnuji pravidlům práce s lidmi závislými na péči druhých, mezi něž se dají zařadit klienti s vážnějšími psychiatrickými potížemi i klienti jinak postižení (např. mentálně, stařeckou demencí apod.). Tato pravidla rozpracovala Marlis Pörtner, švýcarská psycholožka a psychoterapeutka s mnohaletou zkušeností v práci s klienty s mentálním postižením.⁴⁸

Naslouchat je nezbytné, abychom lépe pochopili klientovy pocity, potřeby a dle toho mohli korigovat své reakce. Jde o empatické naslouchání, kdy se noříme a vciťujeme do klientova světa a všímáme si náznaků jeho prožívání.

Je třeba *brát klientův projev vážně*, i když se zdá nepochopitelný, klientovo chování absurdní, jeho vyprávění nepravděpodobné apod. I v těchto projevech lze vždy nalézt reálné aspekty.

⁴⁸ PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

Vycházet z normální situace znamená podporovat spojení klienta s realitou. Jde o to, že bychom neměli každý rozmar a každou svévolnost převádět na „postižení“, nýbrž bychom se měli zamyslet, zda nejde o variantu chování klienta. Nejdříve bychom měli vycházet z normálnosti a brát vážně, že druhému člověku na něčem záleží. Nakolik je to v souvislostech jeho života reálné, to se ukáže v rozhovoru s ním, povedeme-li ho vnímavě a citlivě.

S výše zmíněným odstavcem souvisí *držet se toho, co se samo nabízí* – neinterpretovat, nevysvětlovat si všechno postižením či poruchou a nevykládat si to po svém, nepopírat a neodbývat v domnění, že to sami víme lépe, nýbrž zůstat v první řadě u toho, co se samo nabízí – totiž u toho, co klient vyjadřuje.

Nepodléhat předsudkům, nevycházet z představy, že s jistotou víme, jak bude klient reagovat i kdybychom to tak u něj již mnohokrát zažili. Vždy je možné, že se klient náhle zachová jinak a je třeba počítat s tím, že ne všechny stránky jeho osobnosti jsme dosud poznali.

Umožňovat klientovi vlastní zkušenosti, zaměřit se na jeho prožívání a povzbuzovat klienta kdykoli se mu něco podaří, i kdyby to bylo něco nepatrného – důležité jsou i malé krůčky.

Pro naplnění potřeby *svébytnosti* mají lidé, kteří musí žít životem do značné míry určeným jinými lidmi, málo možností. Proto se mnohdy uplatňuje na maličkostech, které se nám zdají naprosto podružné, ale pro klienta mohou být nesmírně důležité. Svébytnost znamená někdy to, že se klient nechová tak, jak by se např. zdravotnickému personálu, nebo sociálním pracovníkům líbilo. Jde o jeden z paradoxních požadavků v sociálních profesích, že je podle okolností nutné podporovat i takové impulzy, nebo dokonce právě takové. Je třeba nechávat je jako osobní urážku, nepotírat je, nýbrž je vítat jako svébytná hnutí a podporovat, pokud to obecný rámec povoluje. Jednat svébytně též znamená vždy přijmout odpovědnost za sebe sama. (Př. klient/pacient tu a tam proleží celý den v posteli, odmítne se zúčastnit společného výletu).

Umožňovat klientovi rozhodovat se, volit – samozřejmě s ohledem momentální mentální a psychický stav.

Důležité je *podávat jasné informace*, a to i když jde o něco nepříjemného. Počítat s tím, že taková informace může u klienta vyvolat vztek, úzkost, zuřivost, nejistotu. Je

třeba dát emocionálním reakcím klienta volnost, přijmout je s pochopením, ale zároveň dát klientovi jasně najevo, že na sdělené skutečnosti nelze nic změnit.

Být konkrétní, neodmítat nespílitelná přání jako „nemožná“, nýbrž brát je vážně a zkoušet je, alespoň částečně, řešit. I snaha o řešení přinese klientovi určité ulehčení. Často si lidé s postižením či duševní nemocí nemusí být vědomi toho, co vlastně přesně a konkrétně chtějí. Upřesňující otázky jim mohou pomoci na to přijít.

Nalézat společnou řeč s klientem – vyjadřovat se tak, aby nám klient rozuměl. Zejména klienti s dlouhou psychiatrickou zkušeností sami o sobě mluví v psychopatologických pojmech, které však příliš nesouvisejí s jejich vlastním prožíváním. Slovem „řeč“ zde není myšlen pouze verbální projev, nýbrž všechny způsoby, jimiž se člověk vyjadřuje.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části v první řadě uvádím výsledky průzkumu psychoterapeutických směrů, které neziskové organizace v ČR při své práci s klienty s psychiatrickými potížemi využívají. Jelikož přístup zaměřený na člověka je zatím v této oblasti poměrně málo využívaný směr, rozhodla jsem se zaměřit se na jednu z organizací – Fokus, o.s. v Praze 6 na Břevnově – ve které působí minimálně čtyři psychoterapeuti tohoto směru.

Jádrem praktické části je tedy pět zpracovaných rozhovorů s psychoterapeuty, kteří pomocí přístupu zaměřeného na člověka s lidmi s psychiatrickými potížemi pracují - poskytují jim individuální či skupinovou psychoterapii. Čtyři z těchto psychoterapeutů působí ve výše zmíněném Fokusu.

Pro tuto část jsem vyhledala psychoterapeuty, kteří mají psychologické či medicínské (psychiatrické) vzdělání, absolvovali alespoň první část výcviku v přístupu zaměřeném na člověka a specializují se na práci s klienty s psychiatrickými potížemi.

Rozhovory byly vedeny polostrukturovanou formou. Snažila jsem se vést rozhovor o tématech, která uvádím v následujícím odstavci. Každý rozhovor byl však nakonec přeci jen trochu jiný, neboť každý z psychoterapeutů kladl důraz na jiné věci.

Obecně mne zajímala jejich zkušenost s přístupem zaměřeným na člověka při poskytování psychoterapie. Konkrétně bych své otázky rozdělila do tří okruhů. První okruh se týkal jejich osobních názorů a pohledů na přístup zaměřený na člověka. Ptala jsem se, co je vedlo k tomu, absolvovat výcvik zrovna v rogersovské psychoterapii; co jim osobně tento směr přinesl; co považují v rogersovské terapii za nejdůležitější a jaký mají vztah ke třem nezbytným a dostačujícím podmínkám. Otázky z druhého okruhu směřovaly na jejich způsob vedení psychoterapie. Zajímalo mne, zda poskytují terapii čistě v rogersovském duchu, nebo v terapii využívají metod z jiných psychoterapeutických směrů; jak u nich terapeutická hodina probíhá; na co kladou v terapii důraz; jak řeší případné problémy v terapii. Třetí okruh se týkal psychoterapie u klientů s psychiatrickými potížemi. Ptala jsem se, jací klienti spadající do této oblasti k nim do terapie dochází, nebo docházeli; jaký mají názor na psychiatrickou diagnostiku a zda jí ve své terapeutické práci používají; jaké mají zkušenosti s účinností rogersovské psychoterapie u této cílové skupiny a co je, dle nich, pro tyto klienty charakteristické.

6 Psychoterapeutické směry v sociální péči o lidi s psychiatrickými potížemi v ČR

Oslovila jsem celkem třináct neziskových organizací, působících v různých krajích ČR, které nabízejí služby lidem s psychiatrickými potížemi. Sedm organizací mi odpovědělo (některé na opakovanou výzvu), přičemž jedna z nich odepsala, že psychoterapii nenabízí. Nyní představím organizace, které odpověděly:

Iskérka – obecně prospěšná společnost. Z obecně prospěšných služeb poskytují „podporu občanů v zájmu naplnění jejich lidských práv“, „podporu občanů zdravotně postižených“, „podporu zlepšení kvality jejich života a rozvoj zdravotně sociální péče“, „sociální služby“, konkrétně službu sociální rehabilitace a „sociální podnikání“. Rodičům klientů s psychiatrickými potížemi nabízejí pravidelné setkávání v rodičovské skupině, která účastníkům poskytuje podpůrnou psychoterapii. V době psaní této práce skupinu vedli dva terapeuti, přičemž jeden byl ve výcviku integrativní psychoterapie a druhý absolvoval výcvik v Gestaltu.

Anima Viva – občanské sdružení. Poskytují podporu lidem s psychiatrickými potížemi a také lidem s mentálním handicapem. Mezi jejich aktivity patří sociální poradenství, sociální a pracovní rehabilitace, příprava k zaměstnání, vzdělávání, náplň volného času a klubové aktivity. Poskytují individuální podpůrnou psychoterapii pro klienty, kteří navštěvují sociální poradnu. Terapii poskytují dva psychologové, jeden prošel Gestalt výcvikem, druhý je vzdělán v kognitivně behaviorální terapii.

Občanské sdružení **Anabell**, jehož cílovou skupinou jsou klienti s poruchami příjmu potravy, nabízí širokou škálu služeb v oblasti poruch příjmu potravy. Pracovníci působící v terapeutických centrech využívají při své práci především tyto směry: daseinsanalýzu, psychodynamickou a integrativní psychoterapii.

Psychoterapeutické sanatorium Ondřejov nabízí širokou škálu možností pomoci lidem s psychotickými i neurotickými potížemi – skupinovou a individuální psychoterapii, práci s rodinou, sociální služby. Mají i krizové oddělení a oddělení pro léčbu závislostí. Terapeuti poskytující psychoterapii jsou různých zaměření - Rogersovská psychoterapie, psychoanalýza, gestalt, daseinsanalýza, SUR.

Občanské sdružení **Práh** nabízí lidem s psychotickým onemocněním pomoc a podporu při jejich začleňování do běžného života pomocí psychosociální rehabilitace.

Mezi jejich služby patří i individuální psychoterapie vedená především v systemickém duchu. Nejvíce se opírají o přístupy narativní psychoterapie podle Whitea, Solution Focused Brief Therapy De Shazera (terapie zaměřená na řešení) a zakázkový model Ludewiga.

Zahrada 2000 – občanské sdružení zaměřené na resocializaci duševně nemocných osob. V rámci sociálně rehabilitačního centra poskytují ambulantní a terénní sociální služby. Nabízejí také edukačně terapeutické skupiny pro samotné lidi s psychiatrickými potížemi i pro jejich rodinné příslušníky, které jsou vedeny psychology. Působí zde psycholog s výcvikem, atestací a funkční specializací a psychologové pod odbornou garancí atestovaného psychologa. Při své práci uplatňují kognitivně behaviorální terapii a Solution Focus terapie (terapie zaměřená na řešení).

Terapeutická komunita Mýto, jejímž zřizovatelem je Česká asociace pro psychické zdraví (ČAPZ) se snaží o zkvalitnění života a posílení samostatnosti osob, jimž byla diagnostikována schizofrenie. *„Každý pracovník komunity prošel či prochází jiným psychoterapeutickým výcvikem, způsoby práce s klienty jsou tedy velmi různorodé. Komunita jako taková je velmi specifický systém, který působí sám o sobě terapeuticky.“* (Lucie Plavjaniková, vedoucí TK Mýto)

Na závěr této kapitoly zmíním organizaci **Fokus, o.s.**, která působí v Praze i v dalších městech v ČR, nicméně já budu věnovat pozornost její pobočce na Praze 6 na Břevnově. V této pobočce Fokusu působí psychoterapeuti různých zaměření (jungjián, SUR, psychoanalýza, daseinsanalýza, systemika, rodinná terapie), ale čtyři z nich absolvovali výcvik v PCA. Rozhovory s těmito psychoterapeuty jsou obsahem následujících kapitol. Všichni psychoterapeuti, s nimiž jsem hovořila, mi udělili souhlas se zveřejněním obsahu rozhovoru.

7 Rozhovor č. 1

Mgr. Petr Hudlička má soukromou praxi a zároveň pracuje jako psychoterapeut a klinický psycholog v denním stacionáři v komunitním centru Fokus v Praze na Břevnově, jehož cílovou skupinou jsou lidé se zkušeností s duševní nemocí. V rámci komplexního vzdělávání v psychoterapii pod hlavičkou 1. lékařské fakulty UK absolvoval i psychoterapeutický výcvik v PCA terapii. Ve Fokusu má Petr individuální i skupinovou terapii. Z klientů, kteří k němu chodí na individuální terapii, jsou tři, kteří na terapii dochází více jak pět let.

Zajímá mě, zda Petr i jako zkušený terapeut při terapii vědomě kontroluje, jestli dodržuje ony tři nezbytné a dostačující Rogersovy podmínky – tedy bezpodmínečné přijetí klienta, empatii a svou autenticitu/kongruenci – nebo zda má tyto tři podmínky natolik zvnitřněné, že je dodržuje automaticky. Odpovídá, že obojí je pravda. Na jednu stranu má nějaké zažitě stereotypy, mezi které řadí i tyto tři podmínky. Na druhou stranu, neprobíhá-li terapie standardně, chybí-li tam něco, nebo probíhá-li toho moc, přiměje ho to zastavit se a zamyslet se nad tím, zda je dostatečně přijímající, empatický a autentický. Tempo hovoru v terapii většinou není příliš rychlé a tak se Petrovi osvědčuje chvíli přemýšlet nad svou reakcí. V duchu si větu nejdříve přehraje, než ji řekne nahlas. Vysloví-li nějaké problematické věty, většinou sám v supervizi, nebo přímo s klientem přemýšlí nad tím, co se odehrálo a proč byla jeho slova problematická, proč způsobila nějaký zádrhel. Tyto chvíle jsou pro Petra a dle jeho slov i pro klienta zajímavými momenty v terapii. Pokud tyto chvíle spolu s klientem ustojí, dá se z nich v dalším průběhu terapie těžit a také se mohou ve vhodných momentech reflektovat.

V terapii považuje Petr za důležité všimnout si následujících tří rovin. První z nich je soustředění se na klientův verbální i mimoverbální (tělesný) projev. Druhou je soustředění se na vlastní prožívání - co se ve mně, coby v terapeutovi, odehrává. Vrací-li se Petrovi nějaká emoce ve vztahu s klientem opakovaně, snaží se ji, v případě, že je to vhodné, zveřejnit a pojmenovat. Třetí rovinou je schopnost nadhledu. Jedná se o pohled zvenčí, jakýsi pohled třetí osoby, která slyší klientovu i terapeutovu řeč a sleduje chování obou dvou. V těchto třech rovinách se Petr snaží v terapii pohybovat. Považuje za důležité, aby terapeut uměl tyto tři roviny oddělit i propojit, aby je uměl vidět zvlášť i v souvislosti. Tyto tři roviny se týkají spíše individuální psychoterapie. Při skupinové terapii

se přidávají ještě další roviny a těmi jsou dění ve skupině a prožívání účastníků, kteří se zrovna verbálně neprojeví. Skupinu většinou vedou dva terapeuti a pozornost si rozdělí. Jeden z nich se soustředí na účastníka, který zrovna hovoří, druhý pozoruje ostatní účastníky, jelikož slova a projev mluvčího mohou vyvolávat velké emoce i v někom dalším.

Petr dále považuje za důležité nebýt v terapii pod tlakem, že „teď něco musím“. Již jen proto, že tento tlak může nutit terapeuta k projekci svých emocí a potřeb na klienta, což je přirozená lidská tendence. Jak již bylo řečeno, objeví-li se v Petrovi emoce, která se mu opakovaně vrací a souvisí s tím, co klient dělá, nebo jak se chová, tuto emoci se snaží klientovi sdělit. Sdělení emoce samozřejmě záleží na konkrétní situaci a vztahu. Pro Petra je možné emoci sdělit, je-li vztah dlouhodobý a pevný. Je-li terapie na začátku, je takový projev riskantní. Pokud Petr usoudí, že není vhodné, aby emoci klientovi sděloval, snaží se na zdroj emoce přijít sám, nebo v supervizi.

Co se týká psychiatrické diagnostiky, Petr s diagnózami příliš neoperuje. Není to pro něj důležité, často ani neví, jakou má jeho klient diagnózu. Projde-li klient příjmem ve Fokusu, diagnóza tam zazní, ale Petr si ji nijak nezaznamenává, čili se stává, že když pak klient přijde k němu, diagnózu si nepamatuje. Občas dělá Petr psychologickou diagnostiku, tudíž z jeho strany může padnout doporučení k psychoterapii. Projeví-li pak klient zájem o terapii u něj a on má zrovna volno, klienta do terapie přijme. Ale obrácený postup pro Petra přijatelný není – nedagnostikuje klienta, kterého má v terapii, poněvadž by to bylo zavádějící. Jedná se totiž o jiný druh vztahu (psycholog a klient spolu mají jiný druh vztahu, než psychoterapeut a klient) a také případné klientovy odpovědi v daných psychologických testech byly by ovlivněné terapeutickým vztahem, nebyly by vyjádřením samotného vnímání klienta.

Kdyby Petr nemusel v rámci profese psychologa s diagnózami pracovat, klasické diagnostické škatulky by raději nepoužíval. Dá se říci, že Petr si vytvořil svou soukromou diagnostiku, založenou na vlastních zkušenostech. Například specifickým způsobem pracuje s klienty, kteří mají hraniční rysy (tj. rysy hraniční poruchy osobnosti). Část těchto klientů může mít oficiální diagnózu jinou, ale pro Petra mohou být tyto rysy u daného klienta výrazné. Zrovna tato „soukromá škatulka“ umožňuje Petrovi udržet si zdravý odstup v terapeutickém vztahu, protože vztahové záležitosti s takto

orientovaným člověkem jsou mnohdy velmi náročné. Začne-li klient mluvit např. o hlasech, Petrovi vytane na mysli škatulka „schizofrenie“, ale dle jeho slov to nic na způsobu terapie ani v povaze terapeutického vztahu nemění.

Nejvýraznější jsou pro Petra klienti s rysy hraniční poruchy osobnosti, které má také v terapii nejčastěji. Hovoří o klientce s diagnózou schizoafektivní porucha, která k němu aktuálně na terapii dochází, ale Petr u této klientky vnímá i výrazné rysy závislé osobnosti, což přináší jistá specifika, jako např. zvýšené množství telefonátů. Existuje ještě jedna skutečnost specifická pro klienty se závažnějšími psychiatrickými diagnózami, kterou Petr vnímá, a tou je, že takový klient přináší do terapie i medikaci a vztah se svým lékařem-psychiatrem. Občas se jedná o psychiatra, který je součástí pracovního týmu ve Fokusu, čili se s ním Petr zná osobně. Dále s dotyčným klientem může pracovat třeba ještě sociální pracovník ze stejného týmu. Vztahů, které klient v jednom zařízení naváže, je tedy více a všechny hrají v terapii roli. Stává se, že záležitosti týkající se klienta, řeší celým týmem – tzn. po dohodě s klientem se setkají všichni pracovníci, kteří s klientem pracují a samotný klient. O takové týmové setkání se snaží alespoň jednou do roka, aby se jim podařilo udržet kontext práce s klientem. Klientovi se tak dostane komplexní péče. Zároveň je potřeba udržet v této komplexní péči prostor pro klienta – např. pro klientovu momentální nespokojenost se spoluprací s někým z odborníků. Petr považuje za důležité, aby měl klient možnost postěžovat si např. na psychiatra, který sedí ve vedlejší místnosti a ví, že je s ním Petr v přátelském vztahu. Z toho vyplývá řada otázek, týkající se způsobu zacházení s touto skutečností v týmu. Klientova nespokojenost může být opravdu jen jeho, ale mnohdy se může jednat o nedorozumění mezi klientem a konkrétním pracovníkem. Petr pak klientovi nabízí pomoc při řešení konfliktu s dotyčným pracovníkem.

Zajímá mne také, co považuje Petr za významný pokrok v terapii. Uvádí, že za významný pokrok považuje skutečnost, že klient nebyl již pár let hospitalizován. Petr má často klienty, kteří mají za sebou několik hospitalizací za posledních deset, dvacet či třicet let. I když tedy pokrok není na první pohled viditelný, již to, že takový klient nebyl např. posledních pět let hospitalizovaný je významným důvodem pro to, aby klient v terapii dále pokračoval.

7.1 Shrnutí rozhovoru č. 1

Petr má zvnitřněné a zautomatizované tři nezbytné a dostačující podmínky (bezpodmínečné přijetí, empatie, kongruence), ale dojde-li k narušení terapeutického vztahu, nebo se objeví zádrhel v terapeutickém procesu, vrátí se k nim a přemýšlí, zda tyto podmínky dostatečně dodržel. Dále považuje za důležitou terapeutovu schopnost uvědomit si projevy klienta (verbální i mimoverbální), vlastní prožívání a mít náhled na celou situaci. Psychiatrická diagnostika není pro Petra, coby psychoterapeuta, důležitá. V psychoterapii nemusí znát diagnózu klienta, spíše na základě určitých symptomů si klienta do vlastní diagnostické škatulky zařadí. Nejvýraznější jsou pro Petra rysy hraniční poruchy osobnosti. Tyto klienty má také v terapii nejčastěji. Za efektivní lze, dle Petra, považovat psychoterapii, při které klient nebyl významnou dobu hospitalizován.

8 Rozhovor č. 2

MUDr. Kateřina Faixová má psychiatrickou ambulanci a podílí se na skupinové i individuální psychoterapii v organizaci Fokus v Praze na Břevnově, jejíž cílovou skupinou jsou lidé se zkušeností s duševní nemocí. Pracovala jako psychiatr v psychiatrické nemocnici v Praze-Bohnicích, má tedy zkušenosti s celou škálou klientů s psychiatrickými potížemi. Pracovní zkušenosti získala také na krizové intervenci a v hospici. Tento rok též nově působí v Psychoterapeutickém středisku Břehová. Absolvovala výcvik v PCA a Focusing.

Výcvik si vybrala na základě absolvování seminářů, které sloužily k seznámení se s různými psychoterapeutickými směry. Přístup zaměřený na člověka ji zaujal skrze dialog, který na semináři s terapeutem vedla. Svými slovy to uvádí tak, že onen terapeut vedl dialog úplně jinak, než byla dosud zvyklá, bylo to „*mimo klasické kognitivní chápání*“. Uvažovala ještě o výcviku v Gestaltu, nakonec si však vybrala PCA.

Ke klientům s psychiatrickými potížemi se Kateřina snaží přistupovat v duchu přístupu zaměřeného na člověka. Zjišťuje, že tento přístup je účinný i u klientů s těžšími psychiatrickými poruchami. V době výcviku již pracovala v psychiatrické nemocnici v Praze-Bohnicích, avšak při lékařské práci jí příliš času na psychoterapii nezbývalo. Což se trochu změnilo na oddělení následné péče, zde měla na psychoterapeutickou praxi více času.

Dle Kateřiny působí rogersovský přístup poměrně jednoduše, nepůsobí tolik exaktně, nezdá se být racionálně zaměřený. Přesto je v praxi velmi těžký. V tom tkví paradox. Zpětně hodnotí, že než člověk skutečně pochopí přístup zaměřený na člověka, nějakou dobu to trvá. Ze začátku pro ni byla nedirektivita tohoto směru těžko vstřebatelná - nedirektivitu chápe v tomto smyslu jako „naslouchání, spíše než kladení otázek“ a schopnost důvěřovat procesu, spíše než snahu o kognitivní analýzu klientovy situace. Ačkoli autorce této práce se zdá psychoterapie vedená v duchu Rogerse nabíječím a inspirujícím, ale vyčerpávajícím zároveň (protože vyžaduje plné soustředění se na klienta), pro Kateřinu je tento přístup naopak uvolňující a každý jiný přístup je pro ni spíše vyčerpávající. Nicméně uvádí, že pocit uvolnění se dostaví až časem, pokud se člověk tímto přístupem nějak zabývá a pracuje s ním. Až po čase je možné zvnitřnit ho natolik, že dotyčný již nemusí myslet na dodržování podmínek a může hluboký vztah

s druhým člověkem skutečně prožít. Dle jejích slov „*když se člověk napojí na druhého, tak to jde samo...*“.

Poprvé zjistila účinnost přístupu zaměřeného na člověka na krizovém oddělení v psychiatrické nemocnici. Snažila se v duchu tohoto směru s klienty na krizovém oddělení pracovat a zjistila, že ať už zažívají jakékoli trauma, dokáže je tento přístup zklidnit.

Kateřina vede v současné době terapeutickou skupinu lidí s poruchami osobnosti. V individuální terapii má klienty s hraniční poruchou osobnosti a klienty s neurotickými i psychotickými obtížemi. Dále popisuje psychoterapii s klienty s psychotickými obtížemi. Když s těmito klienty pracovala v psychiatrické nemocnici, byli většinou v akutním stádiu své nemoci. Terapie s těmito klienty v tomto stádiu se jí zdála přínosnější a bohatší, protože mohla být s nimi v jejich světě, mohli spolupracovat na pochopení příčin, či odžít něco potřebného. Terapie se jí v tomto případě jevila jako velmi efektivní navzdory názorům, že psychoterapie v těchto stádiích příliš nefunguje. Kateřina měla zkušenost opačnou a potvrzuje, že na zklidnění a navázání hlubokého a důvěrného vztahu s klientem, je tato terapie účinná. V současné době k ní chodí také klienti mající zkušenost s psychózou či jinou těžší poruchou, kteří jsou propuštěni z hospitalizace a pravidelně a delší dobu užívají léky. Díky medikaci mohou mít často zakryté prožívání, terapie pak zůstává na povrchu a je těžké dobrat se významu jejich prožitků. V tomto smyslu považuje za účinnější terapii u klientů s poruchami osobnosti, nebo s úzkostmi, na které medikace příliš nezabírá.

Dále se krátce zmiňuje o preterapii, která jí pomáhá u klientů, kteří jsou například zahlcení množstvím svých vnitřních podnětů a nejsou schopni verbálně popsat své prožívání.

Kateřina zná teoreticky i prakticky některé jiné psychoterapeutické směry, ale ve své psychoterapeutické praxi se snaží především o čistý rogersovský přístup, než aby do něj míchala i jiné směry. Využití metody z jiného psychoterapeutického směru se přihodí spíše na podnět klienta – občas dojde terapie do bodu, kdy klient není spokojený a uchyluje se ke kritice terapeuta či jeho přístupu. Kateřina u některých klientů tento podnět zachytila, což narušilo její důvěru v účinnost rogersovské terapie u tohoto klienta a uchýlila se k technikám i z jiných psychoterapeutických směrů, například z kognitivně-

behaviorální terapie. Terapie však dle jejích slov nadále nikam nevedla, ani implantace prvku z jiného směru terapeutický proces nikam neposunula. Proto zastává názor, že v případě klientovy nespokojenosti je dobré s touto nespokojeností dále v rámci přístupu zaměřeného na člověka, pracovat. Dojde pak ke změně terapeutického vztahu a k posunu v terapii.

Jedinou technikou, s kterou začala v rámci své terapie pracovat, je Focusing, což je technika pracující s myslí a s tělem. Základem této techniky je práce s tělesnými pocity. Tuto techniku využívá zejména u klientů, kteří mají problém s uvědomováním vlastních emocí a často s nimi neumí pracovat. Tito klienti o svých problémech hodně přemýšlí, méně se však zaměřují na vlastní prožívání. K uvědomění si svého prožívání jim dopomůže právě focusing. Technika, dle Kateřiny, může zmírnit, či úplně odstranit i psychosomatické potíže. Tuto metodu si ale dovolí navrhnout a zkusit až po delší době terapie, ne hned ze začátku, či když sotva naváže a upevní terapeutický vztah. Focusing má totiž často silný účinek, protože klient najednou objeví své pocity.

V průběhu terapie se nejvíce soustředí na to, aby zůstala v rámci klienta, protože má tendenci sklouzávat ke svému rámci, což ale považuje za přirozeně lidský „problém“. Hovoří o tom, že je poměrně těžké oprostít se od rámce svého prožívání a hodnocení světa. Uvědomuje si, že když si dovolí více interpretovat klientova slova a tím pádem částečně vystoupí z jeho rámce, pak dojde více či méně k zastavení terapeutického procesu.

Dle Kateřiny je rogersovská terapie velmi účinná u klientů s neurotickými potížemi a u klientů s psychotickými obtížemi, pokud nejsou příliš sedováni medikací, jak už bylo výše řečeno. Pro klienty, kteří mají psychotickou diagnózu, jsou mimo akutní stav a mají pevně nastavenou medikaci, považuje za přínosnější spíše stacionář, kde se ukotvují a navazují vztahy.

Při dotazu na zkušenosti s funkčností přístupu zaměřeného na člověka u lidí s psychiatrickými potížemi si ještě vzpomněla na nedávný případ, s kterým se setkala v psychiatrické ambulanci. S klientem řeší depotní injekci, neboť on nechce brát léky a již je vysadil. Kateřina má obavy, že se může klientův stav zhoršit. Nicméně respektuje jeho rozhodnutí nebrat léky a tento respekt mu také dala najevo. Zároveň však byla kongruentní a sdělila mu, že se obává toho, aby se nedostal zpět do psychiatrické

nemocnice, protože by bez léků mohl ztratit náhled na svou nemoc. Dotyčný klient vlivem jejího respektu a kongruence změnil svůj přístup a své jednání. Kateřina se vyjádřila tak, že „*se spolu bavili jako rovný s rovným*“ a domluvili se, že klient nepřestane brát léky úplně, ale sníží jejich množství.

Dále hovoří o rozporu mezi rolí psychiatra a psychoterapeuta. Přesněji řečeno rogersovského psychoterapeuta. Jako psychiatr se dostává do situací, kdy musí jasně rozhodnout, zda je klient vhodný pro hospitalizaci, či ne, což vnímá jako rozpor s rogersovským přístupem. Z terapeutického hlediska není nutno operovat s diagnózou klienta, z medicínského hlediska je však nutno diagnózu určit. S tím má Kateřina občas potíže.

Dále popisuje práci v břevnovském Fokusu, kam často přicházejí a zakotví tam klienti z jiných organizací a stacionářů, ve kterých museli dodržovat více pravidel a probíhala tam terapie v direktivnějších směrech, například v KBT. Hovoří o přechodu odněkud, kde se snaží o to, aby se lidé změnili, někam, kde je jim dovoleno být takoví jací jsou (ačkoli jistá základní pravidla samozřejmě dodržovat musí). V břevnovském Fokusu se klienti učí i sociálním dovednostem (například si společně vaří), ale co vidí Kateřina jako nejdůležitější je to, že zde navážou vztahy.

Co se týče reakcí klientů na tento přístup, za svého působení na chronickém oddělení v psychiatrické nemocnici se setkala s pozitivními odezvami od klientů. Klienti byli rádi, že s nimi někdo na oddělení pracuje, že někoho zajímá, o čem mluví a naslouchá jim. V individuální terapii klienti dle Kateřiny brzy pochopí, že musí vstoupit do svého často komplikovaného, zmateného a nepříjemného světa, porozhlédnout se v něm, pobýt v něm a i když se jejich stav v průběhu terapie dočasně zhorší, hodnotí terapeutický proces pozitivně. Klienti většinou rozumí tomu, že si musí projít jakýmsi svým vnitřním peklem, aby se jejich stav mohl trvaleji zlepšit a že Kateřina nepracuje rychlou metodou, která by jim dala „kouzelnou“ formulku, díky jejímuž opakování by problém po pár týdnech zmizel. Aniž by klientům říkala, že je rogersovská terapeutka a vysvětlovala, co to znamená, prý většina z nich pochopí princip tohoto přístupu. K představování „svého“ přístupu se uchýlí v případě, kdy se o to klient vysloveně zajímá, nebo když mluví o tom, že si terapii představuje jinak. Nedávno jí klientka s hraniční poruchou osobnosti „vytkla“, že jí nedává žádné úkoly. Kateřina reflektovala její výtku,

tedy to, že není spokojená a terapie nabrala nový směr. Nakonec klientka domácí úkol dostala, ale spíše z legrace – obě se tomu smály. Kateřina se domnívá, že kdyby klientčině žádosti vyhověla a skutečně se s ní pokoušela o direktivnější terapii, např. o KBT, terapeutický proces by se zastavil. Tato klientka je dle Kateřiny také příkladem toho, že medikace jde někdy proti psychoterapii. Když bere léky, v jejím případě antidepresiva, terapii Kateřina hodnotí jako plytkou. Klientka není v tomto stavu ochotná (či schopná) jít do hloubky, vždy řeší něco na povrchu. Jednou však klientka přišla, působila nestabilizovaně, byla verbálně agresivní a vyjadřovala svou nespokojenost. Sdělila také, že jí došly léky. Kateřina s klientkou tedy zjistily, že klientka má v sobě nevyřešená témata, která léky nevyléčí, jen zakryjí. Ujasnily si, co přesně léky ovlivňují a proč je klientka bere. Vykryštalizovalo také téma, které u klientky předtím nebylo patrné, a terapeutický proces postoupil do další roviny. Tím, že si klientka dovolila kritiku terapeutky, dostala se ke svému podstatnému tématu. Též Kateřině byla bez léků klientka, ač rozzlobená, milejší. Též si uvědomuje, že je dobře, že nemá klientku ve své psychiatrické ambulanci, protože by musela řešit otázku medikace.

Ze své praxe může Kateřina potvrdit, že přístup zaměřený na člověka velmi dobře funguje též na klienty s poruchami osobnosti. Ačkoli jsou tito klienti velmi problémoví, konfliktní a jejich komunikace s druhými lidmi připomíná často boj. Pro ně je ale tento způsob vyjadřování a komunikace často nevědomý. Jejich agresivitu může velmi zmírnit, pokud jim někdo skutečně naslouchá a slyší, co říkají. Tito lidé jsou zvyklí, že je nikdo neposlouchá a samotné je otravuje říkat tytéž věci stále dokola. Forma odměny a trestu u nich nefunguje. Stačí jim skutečně naslouchat, vnímat je, takové jací jsou a nesnažit se je přeměnit.

8.1 Shrnutí rozhovoru č. 2

Kateřina se na základě vlastní zkušenosti staví velice pozitivně k účinnosti přístupu zaměřeného na člověka u klientů s psychiatrickými potížemi. Zpočátku měla potíže přeladit se z pozice „experta“, který kognitivně zanalyzuje klientovu situaci do pozice „naslouchajícího terapeuta“, který důvěřuje síle klientovy aktualizací tendence a terapeutického vztahu. Nyní je jí však role onoho „naslouchajícího terapeuta“ vlastní. Zdůrazňuje, že aby byl hluboký terapeutický vztah skutečně prožit klientem i

terapeutem, musí mít terapeut přístup zaměřený na člověka zvnitřněný natolik, aby nemusel racionálně zvažovat, zda dodržuje všechny podmínky tohoto přístupu a tím odvádět pozornost od prožitku vztahu.

Dle Kateřiny je rogersovská terapie velmi účinná u klientů s neurotickými potížemi, u klientů s poruchou osobnosti a u klientů s psychotickými obtížemi, nejsou-li výrazně ovlivněni medikací. Kateřina zjistila, že přístup zaměřený na člověka je účinný i u klientů v psychické krizi, v tom smyslu, že je dokáže zklidnit. U klientů s psychotickými potížemi vidí terapii účinnou v akutním i chronickém stádiu své nemoci. V akutním stádiu nemoci (kdy je klient většinou hospitalizovaný) se dá, dle Kateřiny, dobře spolupracovat na pochopení příčin nemoci. Je-li klient propuštěný z hospitalizace a užívá pravidelně léky, medikace často zakrývá jeho prožívání a je pro něj těžké dostat se k niterným zážitkům a zkušenostem (dá se však velmi dobře pracovat na pocitech nesmíření se s nemocí, pocitech ztráty kompetence nad vlastním životem apod. – dodává ještě).

Účinnost preterapie zmiňuje Kateřina u klientů, kteří jsou zahlcení množstvím svých vnitřních podnětů a nejsou schopni verbálně popsat své prožívání.

Ve své práci se snaží o čistý rogersovský přístup a nemíchá do něj jiné psychoterapeutické směry, až na Focusing, který však vychází z principů přístupu zaměřeného na člověka a plně ho doplňuje. V průběhu terapie se nejvíce soustředí na to, aby zůstala v rámci klienta. Pociťuje občas rozpor mezi rolí psychiatra a psychoterapeuta. Z pohledu psychoterapeuta se o diagnózu klienta nezajímá, v roli psychiatra však pochopitelně musí. Ve své práci se Kateřina setkala s pozitivními reakcemi klientů na tento psychoterapeutický přístup. Pokud je klient s terapií nespokojen, považuje za důležité s touto nespokojeností pracovat dále v rámci přístupu zaměřeného na člověka – to se jí osvědčilo, protože terapie pak většinou nabrala nový směr, klient se někam posunul.

9 Rozhovor č. 3

Mgr. Mária Miličevičová pracuje jako psycholožka a terapeutka v organizaci Fokus v Praze na Břevnově, jejíž cílovou skupinou jsou lidé se zkušeností s duševní nemocí. Má zkušenosti z psychiatrických zařízení, kde se věnovala lidem se širokým spektrem potíží. Pracovala s nimi nejen v rámci psychodiagnostiky, ale zejména na poli psychoterapeutické péče (individuální i skupinové). Výcvik v přístupu zaměřeném na člověka absolvovala hned po škole, sebezkušenostní-skupinovou část dokončila v roce 2012. V rozhodnutí zvolit výcvik PCA ovlivnil Máriu zážitek z ukázky skupinového setkání vedeného v rogersovském duchu. K úplnému dokončení výcviku jí v současné době chybí ještě potřebný počet supervizí. Na otázku, zda se jí ve výcviku potvrdilo, že si vybrala správný směr a jestli třeba nechtěla výcvik změnit, odpověděla, že se jí její výběr potvrdil.

Aby čtenář získal představu, jak to v břevnovském Fokusu funguje, neboť ho často zmiňují, představím nyní skupinovou terapii, která je jádrem práce s klienty v tomto zařízení. Takto mi skupinovou terapii přiblížila Mária a její kolegyně Barbora, se kterou vedu následující rozhovor. Ve Fokusu jsou skupiny a stacionáře rozdělené dle schopnosti klientů pracovat se svým vnitřním materiálem, nebo podle jejich inklinace. Ve stacionářích jsou klienti rozděleni spíše podle schopnosti rozumět sobě a mluvit o sobě. V ambulantních skupinách jsou klienti rozděleni dle času (studující, pracující), nebo tendencí – někdo inklinuje např. k expresivní terapii atd. Jediná skupina, která je čistě diagnostická, je skupina pro klienty s poruchami osobnosti. Kapacita skupiny je osm klientů. Mária uvádí, že ačkoli osm lidí se zdá malý počet, pro lidi s poruchou osobnosti je to dost. Tito lidé mají hodně co povídat a často se stává, že se v čas určený pro skupinu na všechny nedostane a ty, na které se nedostali, jsou často zklamáni. Co se týče typů poruch osobnosti, nedá se říci, jaké typy k nim nejčastěji na terapii chodí. Barbora i Mária se shodují v tom, že se jedná o velmi křehké a zranitelné osobnosti, o lidi, kteří mají problém fungovat v tomto světě. Tato jejich křehkost často ústí do psychotických epizod, nebo do pokusů o sebevraždu.

Ve Fokusu se Mária zabývá hlavně skupinovou i individuální psychoterapií. Občas také dělá psychologická vyšetření. Dále působí jako koterapeut na dramaterapii. Co se týče skupinové psychoterapie, vede skupinu chronických klientů s psychiatrickými potížemi, která je založena na bazální terapii (dle jejích slov „*takové společné pobytí*“).

Dále vede s kolegyní skupinu, kterou tvoří klienti s těžkými poruchami osobnosti. Poslední skupinou, ve které působí, je odpolední skupina určená pro klienty mající zkušenost s psychózou. Tito klienti pracují, nebo studují, proto se jedná o odpolední skupinu. Co se týče individuální terapie, zde má klienty z celého diagnostického spektra (psychotičtí a neurotičtí klienti, klienti s poruchami osobnosti).

Mária vyjadřuje důvěru v aktualizační tendenci. Věří tomu, že v člověku je růstový potenciál (dle svých slov „*věřím, že se může dostat někam dále*“). Uvědomuje si však, že ono „dále“ pro klienta může znamenat něco jiného, než co si představuje ona sama, nebo jeho okolí. Přiznává, že občas bývá netrpělivá, v tom smyslu, že by ráda klienta do něčeho natlačila, nebo by si přála, aby došel k nějakému konkrétnímu uvědomění. Pociťuje to pak jako pnutí v terapeutickém vztahu. Snaží se ustát svou nejistotu ohledně klientova směřování. Věří, že k posunu v životě klienta může dojít třeba až za delší dobu – klidně za deset či za dvacet let – ale jen, pokud dotyčný chce. Již to, že klient na terapii dochází, považuje za důkaz toho, že terapie je pro něj alespoň minimálně užitečná, něco klientovi dává, někam ho posouvá, ačkoli klient nemusí být schopen tento užitek verbalizovat, či si ho vůbec uvědomovat. Stejně tak nemusí přímo mluvit o svém niterném tématu, ale přece toto téma v terapii jakoby oklikou vyvstává.

Mária si občas během terapie, nebo po ní připomíná ony tři nezbytné a dostačující Rogersovy podmínky – bezpodmínečné přijetí, empatii a kongruenci. Tyto tři podmínky řeší i v supervizi, sám supervizor se na ně ptá. Mária je chápe jako základ, který ji dokáže poměrně rychle přivést k tomu, v čem tkví případný problém v terapii, nebo k příčině případného záseku v terapeutickém procesu. K těmto podmínkám obrací pozornost hlavně ve chvílích, ve kterých má pocit, že terapeutický proces na něčem vázne, nebo hledá odpověď na otázku, proč je pro ni těžké konkrétního klienta přijmout. Opakovaně se přesvědčuje o tom, že není vůbec jednoduché vytvořit pro klienta bezpečný prostor, kde by byl bezpodmínečně přijímán. Tyto tři podmínky chápe jako „*zázračný elixír*“, který má sílu učinit terapeutický vztah katalyzátorem nějaké podstatné změny, či posunu v klientově prožívání.

Mária již v terapeutickém vztahu pocítila narušení vlastních hranic. Konkrétně například u klienta, z kterého měla strach. Dokázala to však pomocí supervize překonat

a strach již potom v terapii necítila. Na otázku, zda by s některými klienty nemohla pracovat, odpovídá, že by se bránila přijmout do terapie klienta se závislostí na alkoholu.

Co se týče diagnostiky, Mária má klasické psychologické vzdělání ve kterém samozřejmě figuruje i psychiatrie, proto vnímá, že psychiatrická diagnostika na ni určitý vliv má. S diagnózami operuje a používá je při komunikaci s kolegy. V terapii ale vliv diagnózy odfiltruje. Není natolik ovlivněna diagnostikou, aby si dopředu v duchu připravovala způsob, jakým bude k dotyčnému klientovi přistupovat. V mysli má jen člověka, kterého v blízké budoucnosti pozná a dle svého poznání na něj pak bude reagovat. Nemá žádný „návod k použití“ pro jednotlivé diagnózy. Nicméně když ví, že bude mít klienta s hraniční poruchou osobnosti, již dopředu si pomyslí, že „*to bude zajímavé*“, protože díky vlastní zkušenosti s těmito klienty očekává stejný specifický způsob chování i u budoucího klienta. Lze tedy říci, že Mária si dopředu jakousi představu o tom, jaký klient bude, vytvoří. Ale ve chvíli, kdy klienta osobně pozná, již s jeho diagnózou či se svou předchozí představou nijak neoperuje a zaměřuje se skutečně jen na klienta – na to, jak se klient v terapeutickém vztahu projevuje. Když klient k Márii do terapie dochází, nechodí již „*hraničář*“, či „*schizoid*“, chodí zkrátka „*Jožko*“ či „*Peter*“, tedy konkrétní lidé. Jakmile dotyčný klient přijde do terapie, jeho diagnóza postupně ztrácí na významu. Na začátku terapie se dle Márii s diagnózou obvykle operuje, už jen proto, že klient přijde do terapie právě kvůli té diagnóze, ale jak terapie postupuje, diagnóza je zmiňována a uvědomována stále méně.

Mária si myslí, že účinnost přístupu zaměřeného na člověka spočívá v tom, že probíhá dlouhodobě a vytváří na klienta nárok hlubokého ponoru do sebe, k jádru svých potíží. Důvěřuje tomu, že člověk je složitější bytost, k jejíž proměně nestačí, aby se naučila pár metod či technik, nebo dodržovala nějaká pravidla. Mária věří, že terapie, kterou poskytuje, má velký smysl, což pozoruje i na svých klientech. Zdůrazňuje také zážitek vztahu, který vzniká mezi terapeutem a klientem. Dle jejích slov je v té „*opravdovosti vztahu něco, co je velké, co má schopnost měnit*“.

Mária uvádí příklad klientky, která je aktivní a přichází sama s různými věcmi a nápady, aniž by jí k tomu Mária přímo vybízela, nebo jí dávala úkoly. Mária se domnívá, že terapie je právě to, co podporuje klientku v její kompetentnosti a zodpovědnosti sama za sebe, nikoli aby to někdo přebíral za ní. Dle Márii dokáže klientka tuto podporu

vnímat, aniž by si to třeba uvědomovala a sama se tak přirozeně mění v samostatnou a aktivní osobu. Dle Máriiných slov „ona si tu studnu vykopala, ne že já jsem ji vyvrtala a ona si tam teď chodí s pet flaškou...to vše je její práce.“

Mária získala zkušenost s preterapií u klientky, která nebyla schopná zúčastňovat se skupinové psychoterapie z důvodu jakéhosi vnitřního neklidu. Mária se při setkání s touto klientkou pokoušela aplikovat některé prvky z preterapie (tělové reflexe, situační reflexe a slovní reproduktivní reflexe) a především s klientkou skutečně „byla“, byla s ní i v jejích neklidných stavech. Klientčin neklid se skutečně zmenšil a mohla se zúčastnit skupiny, kterou vedla Mária s kolegou. Dle Márii je ona na klientku ve skupině přísnější než kolega a přesto jí klientka více důvěřuje. Mária se domnívá, že to je tím, jak s klientkou zvládla být v jejích neklidných stavech – šlo například o fyzický neklid, nebo rychlou výměnu činností. Tento zážitek bezpodmínečného přijetí za všech okolností vytvořil pevný vztah plný důvěry klientky k terapeutce. Některé reflexe z preterapie používá Mária občas při jakékoli terapii. Především ve chvílích, kdy neví jak dál, kdy se nemá čeho zachytit, neví jak v terapii pokračovat. Potom se zaměří na přítomnost - na to, co klient zrovna dělá, nebo jak se chová. Řekne např. „*Teď se díváte, jakoby jste něco četl.*“ Dle Márii, klienta takové prvky většinou zkontaktují s jeho tělem a přivedou ho zpět do přítomnosti.

Co se týče účinnosti rogersovské terapie u klientů s poruchou osobnosti, Mária zastává názor, že terapie jim může pomoci naučit se pracovat se vztahem. Hlavním problémem těchto klientů je, dle Márii, to, že s nimi má problém jejich okolí. Proto považuje za nejdůležitější „naučit“ tyto klienty žít v životaschopných vztazích s ostatními. I osoby s poruchou osobnosti samozřejmě jejich okolí ovlivňuje a to že je ostatní nechápují či je zavrhují a odmítají s nimi mít vztah, je i pro ně problematické. Tyto osoby se potřebují naučit více vnímat druhé lidi. Mária při terapii s klienty s poruchou osobnosti naráží hlavně na fakt, že vztahy, které tito klienti v dětství zažívali, byly většinou patologické. Tito klienti většinou nezažili přijetí od pečujících osob a nevědí, co znamená cítit se ve vztahu dobře. Následkem toho sami vytvářejí v dospělosti patologické vztahy, protože zdravým způsobům vytváření vztahů se nenaučili. Terapie může těmto klientům ukázat, že vztahy mohou být i jiné, ustojí-li terapeut klientovu snahu vnést do vztahu patologii – například manipulaci, nebo vztah oběti a tyрана. Pokud se terapeut nenechá

vtáhnout do tohoto mechanismu a vytvoří zárodek jiného vztahového vzorce, existuje šance, že i klient začne vytvářet ve svém životě zdravější vztahy. Tento terapeutický vztah klade velké nároky na terapeuta, neboť sklouznout do role, do které ho (byť nevědomě) vmanipulovává klient, je poměrně snadné. Terapeut si tedy v tomto případě musí neustále hlídat svou kongruenci, zdůrazňuje Mária.

Mária uvádí ještě jeden příklad třináctileté klientky, jejíž symptomy se pohybovaly od přílišné sebekontroly k velké úzkosti a k občasnému bulimickému chování. Dle Márii byla klientka na svůj věk vyspělá a ve funkčním terapeutickém vztahu se mohla plně otevřít a hovořit o čemkoli. Též pomohlo to, že si mohla upřímně a důvěrně promluvit s dospělou osobou, nikoli jen s kamarády jejího věku. Klientce se podařilo dojít k náhledu na mnoho věcí a její příznaky začaly mizet. I její matka si všimla zlepšení a reflektovala to Márii. Po dvou měsících postupující absence příznaků, musela Mária odejít. Dále již klientku nesledovala, nicméně tuto terapii považuje, alespoň za dobu, po kterou terapie probíhala, za úspěšnou. Opět se Mária vyjádřila tak, že „*nic moc nedělala, prostě tam s klientkou byla*“ a považuje za klíčové, že klientka mohla zcela svobodně s někým dospělým být, prožít s ním své emoce, podělit se s ním o své myšlenky a úvahy.

Mária zdůrazňuje, že úspěch v terapii u lidí s vážnějšími psychiatrickými či osobnostními potížemi, je již jen absence hospitalizace. Demonstruje to na klientce, která k ní na terapii dlouhodobě dochází. Zpočátku měla klientka velké potíže, bylo jí psychicky zle, byla několikrát opakovaně hospitalizována. Trápily jí hlavně deprese. Aktuálně již sama klientka pociťuje značný pokrok ve svém stavu. Delší dobu již nebyla hospitalizována. Uvádí, že je nyní schopna zachytit okamžik, který jí uvrhává do naprosté pasivity spočívající v celodenním ležení v posteli. Tento nastávající okamžik již klientka dokáže zachytit a zabránit jeho plnému rozvinutí. Nenechá se do beznadějně situace vtáhnout.

Na otázku, jak moc je Mária jako terapeut na skupině aktivní, odpovídá, že záleží na „funkčnosti“ účastníků. Na tom, zda jsou účastníci schopni vzít si slovo, aniž by je aktivně vyzývala; zda stačí, aby jen věděli, že mohou využít času ve skupině a říci cokoli. Mária považuje za důležité, aby klient, který se ve skupině neprojevuje, viděl, že někomu není lhostejný důvod jeho mlčení, že o něj někdo projevuje zájem, že někomu není

jedno, že se ve skupině necítí dobře, nebo se necítí dobře se svým prožíváním. Proto, pokud má ve skupině nemluvícího klienta, nějakým způsobem dá najevo, že vnímá jeho mlčenlivost a zajímá se o jeho vnitřní svět. Na jednu stranu může přímá otázka či pošťouchnutí k projevu působit nátlakově, na druhou stranu to může být autentický projev, díky kterému klient pochopí, že není jiným lidem lhostejný. I pokud zbývá do konce skupiny třeba pět minut, má smysl, dle Márii, tuto chtěnou reakci na nehovořícího účastníka nepotlačovat a dát ji najevo.

Mária má v současné době v individuální terapii dvanáct klientů. Kdyby měla zprůměrovat dobu, po kterou klient terapii navštěvuje, bylo by to půl až tři čtvrtě roku, nicméně ve Fokusu pracuje zatím jen rok a 4 měsíce, proto není tato doba vypovídající. Čtyři klienti k ní docházejí pravidelně. Důvodem ukončení terapie ze strany klientů bývá zlepšení jejich stavu, častým důvodem jsou ale i vnější okolnosti – klient např. začne chodit do nového zaměstnání a nemá již čas docházet na terapii.

Mária se setkává s tím, že jí klienti vyprávějí o tom, jak se chtějí zabít. S těmito náročnými informacemi se vyrovnává pomocí vlastního vnitřního nastavení, spočívající ve vědomí toho, že ona není ten, který je za čin někoho jiného odpovědný a „*nedrží v ruce*“ život dotyčného klienta. V tomto smyslu chápe svou práci jako seberozvojovou. Další věc, kterou vnímá jako velmi důležitou, je podpora kolegů a intervize.

9.1 Shrnutí rozhovoru č. 3

Mária věří, že v každém člověku je růstový potenciál (tedy aktualizací tendence). Změna se u klienta ovšem nemusí projevit hned (v řádu dnů, či měsíců), ale klidně za pár let. Zdůrazňuje nulový nátlak na klienta – pouze, když klient sám chce, může se změnit. Také si uvědomuje svou nejistotu, coby terapeuta, ohledně klientova směřování – sám klient si zvolí svou cestu a tato cesta se nemusí shodovat s představou terapeuta. Tři nezbytné a dostačující podmínky jsou pro Márii důležité téma – přemýšlí nad nimi, občas i v průběhu terapie, vrací se k nim v supervizi. Věřící, že bez nich nelze dosáhnout v terapeutickém procesu u klienta změny či posunu.

Psychiatrickou diagnostiku Mária používá zejména při komunikaci s kolegy. V jejích představách o budoucích klientech u ní hrají určitou roli zkušenosti s klienty

stejné diagnózy. Na samotnou terapii již však diagnóza klienta vliv nemá. Do terapie k ní chodí konkrétní osoba, nikoli „diagnóza“.

Mária si myslí, že účinnost přístupu zaměřeného na člověka spočívá v tom, že probíhá dlouhodobě a dává klientovi možnost hluboce se ponořit do sebe, k jádru svých potíží. Zdůrazňuje opravdovost vztahu – v této opravdovosti vidí jádro možné změny. Jako úspěšnou terapii pro klienta s psychiatrickými potížemi chápe Mária již tu, při které klient není delší dobu hospitalizován. Některé prvky z preterapie Mária občas při terapii používá. Zejména ve chvílích, kdy neví, jakým způsobem v terapii pokračovat.

U klientů s poruchou osobnosti vidí Mária účinnost rogersovské terapie především v tom, že klient se učí pracovat se vztahem. Bytí ve vztazích je totiž dle Márii ústředním problémem těchto klientů.

10 Rozhovor č. 4

Mgr. Barbora Hrdličková je klinická psycholožka a psychoterapeutka. Pracuje v organizaci Fokus v Praze na Břevnově, jejíž cílovou skupinou jsou lidé se zkušeností s duševní nemocí. Má atestaci z klinické psychologie a funkční specializaci z psychoterapie. Absolvovala dlouhodobý psychoterapeutický výcvik a nadstavbový výcvik pro práci s páry a rodinou v PCA. Pracuje s klienty v individuální psychoterapii, v párové terapii i ve skupinové psychoterapii a vede nácvik relaxačních technik. Profesní zkušenosti získala i v psychiatrické nemocnici nedaleko Bratislavy, kde pracovala tři roky.

Výcvik v přístupu zaměřeném na člověka si Barbora vybrala také proto, že jí souzní s „*neexpertním přístupem*“. Těmito slovy označila přístup zaměřený na člověka, protože ho vnímá v kontrastu k analytickému a interpretativnímu přístupu. Jejími slovy „*analyticky se zamyslet a povědět interpretaci, která sedne...to dělat neumím.*“

Barbora pracovala s různými klienty s psychiatrickými potížemi. Nyní vede stacionární program určený pro široké spektrum lidí s psychiatrickými potížemi. Hlavním kritériem tohoto programu je, že účastníci jsou schopni verbalizovat své emoce a prožívání. Barbora poskytuje i individuální terapii, v které má v současné době pět klientů. Z nich dvě klientky docházejí dlouhodobě – jedna devět a druhá šest let. Dále Barbora provádí psychologická vyšetření a věnuje se rodinné terapii.

Barbora dle svých slov „*pracuje nejvíce rogersovsky, jak jen dokáže pracovat*“. Svůj terapeutický přístup nazývá spíše humanistickým, než rogersovským. Přiznává, že její slabinou je netrpělivost. Uvědomuje si svou tendenci posouvat klienta směrem, o kterém si myslí, že je pro něj dobrý, zvláště ve chvílích, kdy se klient takzvaně zasekne, či postupuje v terapii pomalejším tempem.

Barbora příliš neoperuje s teoretickými pojmy jako např. aktualizací tendence. Zdůrazňuje, že v terapii pracuje se sebou samou jako s nástrojem, který má „*ukovat*“ terapeutický vztah. Pro Barboru je *vztah* velmi důležitý. Je to pro ni hlavní léčivý činitel. Dle Barbory je vztah nezbytným a dostačujícím faktorem k tomu, aby člověk mohl růst a aby se mohl uzdravit. Úzdravou nemyslí život bez psychických symptomů, nýbrž znalost těchto symptomů a umění zacházet s nimi tak, aby jejich nositel mohl v životě normálně fungovat.

Barbora si myslí, že techniky, metody, úkoly a nástroje příliš fungovat nemohou. Vychází z toho, že se jí nikdy nezdařilo přinutit klienta k něčemu, co vlastně on sám dělat nechtěl, nebo mu to bylo implantováno zvenčí. Z její zkušenosti vyplývá, že je-li netrpělivá a začne na klienta nějakým způsobem tlačit, většinou se klient brání a tuto snahu neakceptuje.

Tři nezbytné a dostačující Rogersovy podmínky (bezpodmínečné přijetí, empatii a kongruenci) chápe Barbora jako ideál, ke kterému se snaží přibližovat. Někdy se jí to daří více, někdy méně. Považuje se za impulzivní osobu a uvědomuje si, že v některých momentech může její činorodost klienta zaplavit. Na jednu stranu považuje kongruenci za velmi nápomocný činitel terapeutického procesu. Na druhou stranu ví, že vyjevuje-li terapeut svou kongruenci klientovi za všech okolností, může to být bezohledné. Na své kongruentní reakce si proto dává v terapii pozor, a když vidí, že klient dává najevo nelibost, stáhne se. Pro Barboru je to neustálé vyvažování a hledání hranice, do které je vyjádřená kongruence v terapeutickém vztahu užitečná a za kterou spíše kontraproduktivní.

Na otázku, zda existují klienti, s kterými by Barbora pracovat nechtěla, odpovídá, že má velký problém s nacistickými sklony a projevy. Barboře se vyplácí hlídat si své hranice a nedovolit, aby byly neúnosně překročeny. Neříká si tedy v příslušných situacích „*ještě to vydržím*“, jelikož pak hrozí, že její reakce bude příliš bouřlivá, emocionální a klientovi nijak nápomocná. Proto je pro ni téma hranic důležité, a to jak u ní samotné, tak u klienta.

Diagnózy chápe Barbora jako relativní nálepky. Setkává se s tím, že jeden klient má různé diagnózy a všechny mohou být oprávněné. Psychiatrický diagnostický systém chápe jako „*škatulky*“, které obsahují určité znaky, a považuje za reálnou možnost střídání diagnóz u jednoho člověka. Diagnózu klienta Barbora neřeší. U některých svých dlouhodobých klientů ani diagnózu nezná, ačkoli tuší do jakého diagnostického okruhu jejich potíže spadají. V kontaktu s klientem si samozřejmě utvoří názor na jeho psychické potíže, ale je schopna tento názor změnit, pokud by se ukázalo, že je neodpovídající. Na základě inspirace ze semináře, který absolvovala, se domnívá, že každý člověk má originální strukturu osobnosti, která funguje originálním způsobem. Výsledná osobnost se pak může „*označit v různých barvách, různými kódy*“.

Barbora se domnívá se, že přístup zaměřený na člověka je účinný na dlouhodobé bázi. Uznává, že např. kognitivně behaviorální terapie „vyléčí“ fobie – jejími slovy „*lup...a za šest týdnů ji nemá*“ - nicméně příčina vzniku fobie zůstává nadále neobjasněna a je možné, že se dotyčnému v budoucnu fobie vrátí, právě proto, že se nijak nepracovalo s příčinou. Barbora uznává, že klient se někdy i tímto rychlým způsobem může plně vyléčit, nicméně riziko navrácení potíží vidí značné.

Znakem dobré terapie a dobrého terapeuta je dle Barbory upřednostňování vztahu. Hovoří o svých kolezích, kteří mají psychoterapeutické vzdělání v různých směrech, avšak i pro ně je vztah v terapii primární, na něm svůj terapeutický přístup stavějí. Dle Barbory je tedy v pořádku, když např. KBT terapeut dává klientovi „nástroje“, které může využít, ale jen pokud se již terapeutovi podařilo vybudovat dobrý terapeutický vztah.

Preterapii Barbora využívala při skupinové práci s psychotickými klienty, kteří měli bludy. Na tyto klienty preterapie fungovala nikoli ve smyslu zbavení se bludů či úplného zklidnění, ale ve smyslu *vztahování se* – klient něčemu porozuměl a hlavně mohl být nadále ve skupině. Ačkoli mohl být klient nadále psychotický a mít bludy, mohl zažít, že ve skupině může i přesto *být*, což bylo způsobeno tím, že jeho prožívání bylo nějakým způsobem přijato. Určité pokusy s preterapií dělala Barbora v individuální terapii i s klienty, kteří si více uvědomovali své prožívání a okolní dění, ovšem v tomto ohledu příliš neuspěla. Dle jejích slov na klienty působila spíše tak, že si z nich dělá legraci.

Diagnózu „porucha osobnosti“ nevnímá Barbora jako nemoc. Je to pro ni něco, co je pevnou součástí osobnosti dotyčného člověka. Jejími slovy „*porucha osobnosti není něco, co se na ně přilepilo, oni takoví prostě jsou.*“ Na otázku účinnosti rogersovské psychoterapie u klientů s poruchou osobnosti odpovídá, že je-li klient schopný vnímat vztahovou nabídku od terapeuta, terapie má velkou šanci být účinnou. Barbora si klade otázku, jaké příznaky jsou vlastně specifické pro poruchu osobnosti. Pro Barboru je to míra funkčnosti, což uvádí na příkladu dvou klientek. První klientka navštěvovala skupinovou terapii. Když odcházela, její psychický stav byl příznivý, dlouho nebyla hospitalizována, psychotické příznaky vymizely a zůstaly jen ty osobnostní, s kterými se klientka úspěšně učila pracovat. Druhá z klientek je aktuálně v terapii u Barbory a úspěchem je již jen to, že nemá psychotické ataky, které jí vždy vytrhnou z rovnováhy a

naruší její životní styl. Nyní je její stav poměrně stabilní, a přestože mírně kolísá, klientka tyto výkyvy ustává bez psychotických atak, což byl pro ni předtím problém.

Ve skupině je Barbora jako terapeut poměrně aktivní. Když je třeba, oslovuje konkrétní klienty s tím, že „*dnes jste moc nemluvil, jak Vám tady s námi je, mohl jste tu s námi být či nemohl...*“. Obává se vést skupinu volnějším stylem, jako např. na psychoterapeutickém výcviku, tedy neoslovovat aktivně účastníky a ponechat prostor tomu, kdo zrovna začne mluvit. Barbora se domnívá, že by tímto volným stylem přivolala klientům úzkost. Vysvětluje, že klienti, kteří se skupinové psychoterapie účastní, jsou křehké osobnosti a úzkost je paralyzuje, na rozdíl od „normální“ populace, kde úzkost většinu lidí mobilizuje. V tomto případě by tedy terapeut skupinový proces spíše zastavil, než pomohl rozběhnout. Terapeut má dle Barbory odpovědnost vůči skupině a nemůže přenést tuto odpovědnost na příslušníky skupiny.

Na konci rozhovoru Barboru napadá, že má možná na přístup zaměřený na člověka zkreslený pohled. Nevnímá velké rozdíly v přístupu ke klientům a stylu terapie u terapeutů v břevnovském Fokusu, ačkoli mají odlišné psychoterapeutické vzdělání, jak je uvedeno v šesté kapitole. Barboře připadá, že všichni tito terapeuti v podstatě pracují přístupem zaměřeným na člověka. Barbora o svém terapeutickém stylu hovoří jako o „*jemné práci s klientem, o přijímající, mateřské péči.*“ Obecně si myslí, že přístupy, které pracují s empatií (ať už se nazývají přístupem zaměřeným na člověka či jinak) a jsou zaměřené na vztah, jsou velmi účinné u klientů, kteří jsou křehcí a zranitelní.

10.1 Shrnutí rozhovoru č. 4

Barbora vnímá přístup zaměřený na člověka v kontrastu k interpretativnímu přístupu (klient něco řekne, terapeut interpretuje). Svůj terapeutický styl nazývá humanistickým, spíše než rogersovským. Barbora považuje v psychoterapii za nejdůležitější vztah mezi terapeutem a klientem. Při své vlastní terapii se tedy na tento vztah přednostně soustředí. Sama se sebou pracuje jako s nástrojem nutným pro vytvoření terapeutického vztahu. Vztah je pro ni nezbytným a dostačujícím faktorem k tomu, aby se klient posunul žádoucím směrem. Barbora je přesvědčena, že je-li člověk jiným člověkem k něčemu tlačěn (ať již jakýmkoli způsobem – vědomým, či nevědomým), nemůže se dotyčný opravdově a dlouhodobě změnit. Taková změna musí

pocházet pouze od člověka samého. Proto se snaží v terapii registrovat případnou snahu o to někam klienta „natlačit“ a tuto snahu koriguje tak, aby klienta nikam „netlačila“. Tři nezbytné a dostačující Rogersovy podmínky chápe Barbora jako ideál, ke kterému se snaží přibližovat. Větší pozor si dává na svou kongruenci, neboť ví, že někdy může být klientovi užitečná a klientem přijatá, jindy může spíše uškodit. Pozornost zaměřuje také na udržení hranic – jak u sebe, tak u klienta. S psychiatrickou diagnostikou Barbora v terapii nepracuje. Diagnózu, kterou má klient na papíře, nezjišťuje.

Domnívá se, že každý přístup, který v terapii operuje primárně se vztahem, způsobuje dlouhodobou změnu, tedy i přístup zaměřený na člověka. Preterapie je dle Barbory funkční hlavně ve smyslu vztahování se – uschopňuje klienta k tomu být s někým ve vztahu (tímto je myšlen základní vztah – vnímat, že druhý je vedle mě a projevuje se jako samostatná bytost a i já jsem samostatnou bytostí, která má své prožívání a myšlenky). Obecně si myslí, že je-li klient schopný vnímat vztahovou nabídku od terapeuta, terapie má velkou šanci být účinnou.

11 Rozhovor č. 5

Poslední z rozhovorů, který uvádím, je rozhovor s PhDr. Pavlou Volfovou. Pavla nyní provozuje soukromou psychologickou a psychoterapeutickou ambulanci a zároveň pracuje jako klinická psycholožka v psychiatrické nemocnici v Praze-Bohnicích. Zde již pracovala na oddělení režimové léčby závislostí, na akutním uzavřeném oddělení – diagnostickém oddělení a na gerontopsychiatrickém oddělení – na následné péči. Absolvovala psychoterapeutický výcvik v PCA (Person Centered Approach – přístup zaměřený na člověka, dále uvádím již jen jako PCA). Ve své psychoterapeutické ambulanci má i klienty s psychiatrickými diagnózami. Věnuje se také přednáškové činnosti a jedním z témat, o kterém přednáší je „PCA a psychózy.“

Na otázku, co jí dal výcvik v přístupu zaměřeném na člověka, Pavla odpovídá, že tento směr ji oslovil, byl jí blízký jak jeho jazyk, tak styl uvažování. Dále si díky výcviku doplnila něco, co jí chybělo, či bylo její slabší stránkou. Naučila se trpělivosti, naučila se lépe pracovat s člověkem s méně dynamickou osobností v tom smyslu, že na něj nespěchá a dokáže počkat, až si k pochopení, či ke změně dojde sám. Díky výcviku se také naučila rozlišovat ticho. Rozlišuje, zda se jedná o ticho, které může přerušit v zájmu klienta – zda klient potřebuje nějakou intervenci, aby se opět takzvaně „nastartoval“, nebo zda se jedná o ticho, kdy je klient ponořený do sebe, přemýšlí nad svým tématem a bylo by nežádoucí ho přerušovat.

Přístup zaměřený na člověka představuje pro Pavlu primární osobní nastavení. Je to pevná součást jejího životního stylu, v duchu přístupu zaměřeného na člověka přistupuje ke světu. Přístup zaměřený na člověka chápe jako základní stavební kámen své terapie. Na tomto základu dále staví a uplatňuje i jiné terapeutické postupy (z jiných terapeutických směrů). Pavla se zamýšlí nad definicí přístupu zaměřeného na člověka. Klade si otázku, zda vůbec existuje prototyp ideálního rogersovského terapeuta. O sobě si nemyslí, že by tento prototyp představovala a zastává názor, že terapie je taková, jaká je osobnost terapeuta. Její osobnost jí nedovoluje být „*velmi provázejícím a upozaděným terapeutem.*“ Zdůrazňuje svou zvědavost a autentičnost v terapii. Myslí si, že nenaplňuje laickou představu o rogersovském terapeutovi, přičemž laickou představou myslí obraz terapeuta, jehož hlavní viditelnou činností je naslouchání. Jako příklad uvádí Rogerse v dnes již klasickém rozhovoru s jeho klientkou Glorií. Pavla se zkrátka vidí jako

dynamická, organizovaná a strukturovaná osobnost a tyto znaky jsou součástí jejího terapeutického stylu.

Z Pavliných zkušeností z psychoterapeuticko-poradenské praxe vyplývá, že většina klientů sama nedojde k podstatné a žádoucí změně. Jen minimum klientů dokáže využít terapii tak, že se v přiměřeném čase otevřou, povídají o svých niterných záležitostech, dostávají se k jádru svých potíží. Většina klientů samozřejmě hovoří, leč to o čem hovoří, jsou fakta (zjednodušeně - vyprávějí o tom, „*co měli včera k obědu*“). Pokud je při tom terapeut nechá, jsou většinou z terapie nespokojení a mají pocit, že terapie nikam nevede. Zde se do popředí dostává důležitý faktor, kterým jsou peníze. Pokud za terapii klienti platí, chtějí mít pocit, že peníze vydávají na něco, co jim bude užitečné. Dle Pavly názoru tedy většina klientů od ní, jako od terapeuta potřebuje pomoci zaměřit se v terapii na svůj vnitřek, kde leží jádro jejich potíží a nikoli na vnější okolnosti. V psychiatrické nemocnici, kde Pavla také pracuje, klienti za terapii neplatí. Nicméně na terapii chodí dobrovolně, nemají ji naordinovanou od lékaře. Jejich motivací je tak v tom případě pocit, že terapie vede k žádoucí změně. Kdyby tento pocit neměli, na terapii by přestali chodit, neboť terapie znamená velký výdej psychické energie, což je obzvláště pro člověka ve špatném psychickém stavu, velmi vyčerpávající.

Dále Pavla popisuje, jak u ní terapie probíhá. Na začátku terapie klienta hlavně seznamuje se způsobem, jak v terapii pracovat. S klientem se tedy věnuje osvojení si způsobu práce v terapii, nikoli hned obsahu, představujícím klientovy důvody vstupu do terapie. V této fázi Pavla, jako terapeut, vyvíjí více aktivity. V čem konkrétně tato aktivita spočívá? Nechává klienta hovořit o tématu, o kterém hovořit chce, ale pokouší se změnit styl klientova mluvení o tomto tématu. Samozřejmě nikoli direktivně ve smyslu „*toto mi teď nevyprávějte, toto já slyšet nechci, chci slyšet toto*“. Snaží se klientovu pozornost zaměřit na jeho prožívání, když o konkrétním tématu hovoří. Připouští ovšem, že existují klienti, u nichž nemusí nic korigovat ani měnit a kteří o svém prožívání dokáží otevřeně mluvit.

Pavla uvádí konkrétní příklad „náročného“ klienta v terapii. Jeho náročnost spočívá v tom, že zpochybňuje terapeutický proces a nedůvěřuje mu. Tento klient prošel mnoha terapiemi a nemá pocit, že by některá z nich byla obzvláště úspěšná. Mluví hodně o faktech a terapie zatím víceméně spočívá v tom, že si Pavla s klientem vyjasňuje, co

vlastně psychoterapie je a k čemu slouží. Navzdory tomu, že terapie zatím příliš nikam nevede, klient nadále docházet chce. Jde o závislého klienta s vnitřním nastavením velmi podobným hraniční poruše osobnosti. Pavla se s ním setkala již dříve na režimovém oddělení v psychiatrické nemocnici a zde s ním měla pár terapeutických sezení. Klient poté prošel více terapiemi u různých terapeutů a nyní se vrátil k Pavle. Ačkoli jeho vnitřní prožívání odpovídá hraniční poruše osobnosti, což vyplynulo z psychologického vyšetření, které u Pavly v nemocnici podstoupil, terapeuti, které navštívil, tento fakt opomíjeli. Na příkladu tohoto klienta Pavla demonstruje první fázi svého terapeutického postupu, v níž „učí“ klienta způsobu práce v terapii. Jak už bylo řečeno, klient mluví především o faktech – vypráví o vnějších okolnostech a velmi málo o svém vnitřním světě a prožívání. Momentálním cílem terapie by dle Pavly mělo být, aby klient porozuměl svému prožívání. V tom klientovi pravděpodobně brání strach a jeho prožívání je pro něj příliš složité. Stejným způsobem jako k sobě, se vztahuje i k druhým lidem. Do terapie ho přivedlo právě jeho nefunkční vztahování se k druhým lidem. Jednoduše, „*neví, jak s druhými být.*“ Jeho model vztahování se k druhým lidem se neliší od tohoto modelu u lidí s hraniční poruchou osobnosti.

Pavla se dále vyjadřuje k otázce psychiatrické diagnostiky. Je toho názoru, že pro lepší porozumění klientovi je užitečné diagnózu znát a brát ji v úvahu. Sama s určitými diagnózami pracuje, neznamená to ovšem, že by „viděla místo člověka diagnózu.“ K tomu, proč je dobré diagnózu znát, uvádí příklad sebepoškození – v rámci určité diagnózy je sebepoškození často se vyskytující symptom (např. pálení, řezání, sebevraždy apod.). Je důležité mít na mysli, že určité symptomy se mohou u klienta s konkrétní diagnózou objevit.

Vrátíme-li se k případu konkrétního klienta, významné sebepoškození v anamnéze nemá, proto se Pavla domnívá, že na základě absence tohoto symptomu, předchozí terapeuti vyhodnotili, že klient hraniční poruchou osobnosti netrpí. Pavla je ovšem toho názoru, že organizace a dynamika jeho osobnosti jsou hraniční, jen toto nastavení klient projevuje jinak než skrze sebepoškození. Jeho ventilem jsou, dle Pavly, právě destruktivní vztahy a závislost. Jako by klient pracoval proti sobě právě tímto směrem. Pavla se snaží tohoto klienta přivádět k jeho vnitřnímu světu, k jeho pocitům, zážitkům i k myšlenkám o sobě samém. Přivádí ho ke vnímání důležitosti sebe

sama v tom, co se stalo, či děje. Zajímá ji, jak on se v tom cítil či cítí. Též s ním mluví o tom, jak je pro něj těžké emoce a prožívání sdílet. Snaží se hledat za fakty, o kterých mluví, emoce, které je doprovázejí. Často se explicitně na tyto emoce ptá, nesnaží se je nějak sama hledat mezi řádky. Pokud u klienta emoci zaznamená, pojmenuje ji. Též s klientem reflektuje proces, který probíhá mezi nimi i vztah, který spolu navázali. Zpočátku byl klient mlčenlivý, nervózní, bylo mu nepříjemné mluvit o vnitřních věcech a o vztazích. Proto se Pavla snažila vést hovor směrem k jejich vztahu a domnívá se, že to bylo užitečné pro prolomení hráze klientovy neochoty mluvit o vztazích.

Co se týče ovlivnění svého terapeutického přístupu jinými směry, než přístupem zaměřeným na člověka, Pavlu oslovila „Pesso“ terapie (Pesso Boyden System Psychomotor). Zamlouvá se jí především jako možnost ve chvíli, kdy se klient takzvaně „zasekne“ a již není schopen verbalizovat své prožívání. K citlivému tématu potom může klient dojít přes vnímání těla. U „Pesso“ terapie oceňuje Pavla i teorii, kde se hovoří například o mezerách v rolích, které potvrzuje i její zkušenost z každodenní praxe. Setkává se s tím, že klient prostřednictvím svého chování stále opakuje něco, co mu schází, nebo potkává to, co v životě neprožil, co mu v životě chybí. Konkrétním příkladem je, když dítě začne suplovat druhého rodiče. Předčasně tak přijímá dospělou roli, chybí mu kus dětství a do této role se všemi pozitivy i negativy se opakovaně dostává i v dospělém věku.

6.1 Shrnutí rozhovoru č. 5

Přístup zaměřený na člověka je pro Pavlu základním stavebním kamenem terapie, nicméně při své terapeutické práci využívá i jiných metod či technik z jiných psychoterapeutických směrů (např. „Pesso“ terapie). Velký důraz klade Pavla na osobnost terapeuta, která dle ní primárně ovlivňuje psychoterapeutický styl. V tomto smyslu pro ni tedy neexistuje jeden univerzální styl psychoterapie v určitém směru. Základem psychoterapie je, dle Pavly, naučit klienta (neumí-li to sám) sdílet své prožívání a emoce v terapeutickém vztahu, nikoli hovořit o faktech a vnějších okolnostech. V tomto smyslu může být terapeut direktivnější – pokouší se klientovu pozornost směřovat k vlastnímu prožívání. Tímto způsobem může být, dle Pavly, terapie efektivní. S psychiatrickou diagnostikou Pavla pracuje. Zastává názor, že pro lepší porozumění

klientovi je dobré jeho diagnózu znát a brát ji v úvahu. Ale pouze ve smyslu připravenosti na to, že u klienta se mohou vyskytnout určité symptomy typické pro danou diagnózu. Jinak Pavla pracuje s konkrétním člověkem, nikoli s diagnostickou škatulkou.

12 Závěr praktické části

V závěru praktické se pokusím shrnout odpovědi na otázky uvedené v úvodu k praktické části této diplomové práce a společné, nebo výrazné body, s kterými jsem se u jednotlivých rozhovorů setkala.

Z rozhovorů vyplývá, že terapie pomocí přístupu zaměřeného na člověka souvisí s **vnitřním osobním nastavením**. Jde o pevnou součást osobnosti a životního stylu, o zevnitřněné hodnoty a pravidla, dle kterých dotyčný jedná jak v profesním, tak v soukromém životě. Terapeutický styl je pak takový, jaká je **osobnost psychoterapeuta** (dále již jen terapeuti). Nedá se určit prototyp ideálního rogersovského terapeuta.

Každý z terapeutů má svůj **specifický terapeutický styl**. Pavla klade v terapii důraz na zvědavost a autenticitu. Snaží se vést klienta především k uvědomění a identifikaci jeho vlastních pocitů a prožívání. Hledá za fakty, která klient vyjadřuje, emoce, které tato fakta doprovázejí. O těchto emocích pak s klientem otevřeně hovoří (samozřejmě, že ne ve všech chvílích a u všech klientů to lze). Petr se také zmiňuje o vyjadřování klientových emocí a v terapii klade důraz na uvědomování si projevů klienta (verbálních i mimoverbálních), vlastního prožívání a náhledu na celou situaci. Také nepovažuje za vhodné, je-li terapeut pod tlakem toho, že teď musí něco říci či udělat, protože to může vést k projekci svých emocí a potřeb na klienta. Pro Kateřinu je důležitý prožitek hlubokého vztahu mezi terapeutem a klientem, což má, dle ní, léčivý účinek. Dále se soustředí na to, aby v terapii zůstala v rámci klientova světa, na respektování klientových přání a potřeb a svou kongruenci, coby terapeuta. Mária důvěřuje růstovému potenciálu v klientovi a nejdůležitější je pro ni prosté „bytí s klientem“, bezpodmínečné přijetí klienta, opravdový vztah a nulový nátlak na klienta. Pro Barboru je na prvním místě (terapeutický) vztah, který je pro ni nezbytným a dostačujícím faktorem k tomu, aby se klient posunul žádoucím směrem. Sama se sebou pracuje jako s nástrojem nutným pro vytvoření terapeutického vztahu. Dále zdůrazňuje nulový nátlak na klienta, dává si pozor na kongruenci (kdy ji dát najevo a kdy ne) a udržení hranic – u sebe i u klienta.

Téměř všichni terapeuti hovoří o **obtížné terapii s klienty s diagnózou hraniční poruchy osobnosti**. Jde o náročné a konfliktní klienty, kteří mají problém především ve vztazích s druhými. V terapeutickém vztahu se tedy funkčnímu vztahu s druhým

člověkem učí. Z vyjádření o klientech s poruchou osobnosti (nespecifikováno jakou) vyplývá, že se jedná se o velmi křehké a zranitelné osobnosti, jejichž křehkost často ústí do typických symptomů – například do psychotických epizod, nebo pokusů o sebevraždu. Obecně mají tito klienti problém fungovat v tomto světě.

V názoru na používání **psychiatrické diagnostiky** se také terapeuti mírně liší. Pavla je toho názoru, že je užitečné diagnózu klienta znát a brát ji v úvahu, především kvůli možným symptomům, které se mohou u klienta s touto diagnózou objevit. Petr s diagnózou nepracuje, má-li klienta v psychoterapii, ale na základě vlastních zkušeností si klienty do vlastních diagnostických škatulek zařadí (tj. dochází k určité kategorizaci). Kateřina také s diagnózami v psychoterapii nepracuje. Mária diagnostiku používá, ale spíše při komunikaci s kolegy. U budoucího klienta si ji většinou zjišťuje, nicméně v terapii vliv diagnózy dokáže odfiltrovat a soustředit se skutečně na konkrétního člověka. Barbora s psychiatrickou diagnostikou v terapii též nepracuje.

Dále se téměř u všech objevuje **problematika míchání vztahu terapeutického a odborného** (tj. psycholog-klient nebo psychiatr-pacient). Všichni se snaží držet tyto vztahy odděleně, aby u jednoho klienta neplnili jak roli psychologa či psychiatra, tak roli terapeuta.

Za známku toho, že je terapie efektivní považují tři terapeuti skutečnost, **že klient nebyl delší dobu hospitalizován**. Mária k tomu ještě dodává, že již to, že klient na terapii dochází, je důkazem alespoň minimální užitečnosti terapie pro onoho klienta.

U dvou terapeutů jsem si také všimla, že hovoří o tom, že přístup zaměřený na člověka je zaujal tím, že se jim jevil jako „neexpertní“, či „mimo klasické kognitivní chápání“. Objevuje se u nich **opozice „expert“ versus „naslouchající terapeut“**.

Co se týče účinnosti rogersovské psychoterapie u klientů s psychiatrickými potížemi, všichni terapeuti mají dobré zkušenosti s rogersovskou terapií u této cílové skupiny. Konkrétněji se vyjadřuje Kateřina a to v tom duchu, že rogersovská terapie velmi účinná u klientů s neurotickými potížemi, u klientů s poruchami osobnosti a u klientů s psychotickými obtížemi, nejsou-li výrazně pod vlivem léků. Hovoří o tom, že **účinnost terapie může negativně ovlivnit medikace**. Za důležitou považují myšlenku Márii, že účinnost přístupu zaměřeného na člověka spočívá v tom, že probíhá

dlouhodobě a dává klientovi **možnost hlubokého ponoru do sebe**, k jádru svých potíží a toto je ještě podpořené **opravdovostí vztahu**.

O **zkušenostech s preterapií** hovoří tři terapeuti – Kateřina, Mária a Barbora. Kateřina se domnívá, že je účinná u klientů, kteří jsou například zahlceni množstvím svých vnitřních podnětů a nejsou schopni verbálně popsat své prožívání. Dále Mária, která preterapii uplatnila u neklidné klientky (fyzický neklid, rychlá výměna činností) a její neklid se zmenšil. Dle Barbory je preterapie funkční hlavně ve smyslu vztahování se - uschopňuje klienta k tomu být s někým ve vztahu.

Mně osobně připadá důležitých několik podnětů a myšlenek, které z rozhovorů vyplývají. Dovolím si je shrnout v následujících bodech:

- Přístup, který v terapii primárně operuje se vztahem, způsobuje dlouhodobou změnu.
- V terapii je důležité, aby terapeut zůstal v rámci klienta a v rámci možností se vyvaroval vlastních interpretací. Vystoupí-li terapeut z rámce klienta, může dojít k narušení terapeutického procesu.
- Přístup zaměřený na člověka není rychlá metoda. Aby se klient mohl posunout žádoucím směrem, musí se utkat se svou vnitřní temnotou – tedy s veškerými nevyřešenými psychickými záležitostmi a nepříjemnými pocity, které je provázejí. Jeho stav se může dočasně zhoršit, což je ale nezbytné pro možnost posunu pozitivním směrem.
- Velkou ozdravnou moc má empatické naslouchání a vnímání a přijetí klienta takového jaký opravdu. Dále je důležité nesnažit se klienta změnit.
- Terapie má podporovat klienta v jeho kompetentnosti a zodpovědnosti za sebe sama, nikoli aby terapeut přebíral tuto odpovědnost za klienta.
- Terapie má šanci napravit patologické vztahové vzorce klienta. Dokáže-li terapeut vytvořit s klientem zdravý a pozitivní vztah, učí tím klienta navazovat zdravé a pozitivní vztahy i v jeho životě.

ZÁVĚR

Cílem diplomová práce bylo přiblížit čtenáři psychoterapeutický směr založený psychologem Carlem Ransomem Rogersem, představit jej ve vztahu k současné psychopatologii a popsat jeho využití v sociální a zdravotní péči u klientů s psychiatrickými potížemi v České republice.

Přístup zaměřený na člověka - Person Centred Approach – PCA vychází ze základní hypotézy aktualizační tendence, jakožto přirozené součásti psychické výbavy každého člověka. Aktualizační tendence je potenciál růstu, který může být aktivován v mezilidském vztahu. V psychoterapii vedené v tomto směru jde tedy o to vytvořit takové podmínky, aby aktualizační tendence mohla u klienta plně působit. Aby tyto podmínky mohly nastat, klient musí cítit bezpodmínečné přijetí sebe sama a empatické porozumění ze strany terapeuta a jeho kongruenci. Aktualizační tendence pak může pomocí terapeutického procesu zaměřena zdravým, pozitivním a pro klienta žádoucím směrem.

Z této hypotézy vychází i přístup k člověku „duševně nemocnému“. Z pohledu PCA má i takový člověk k dispozici svou aktualizační tendenci. Psychiatrická diagnostika z pohledu západní medicíny poukazuje přednostně na deficity. PCA se však soustředí na tvořivé síly v člověku (neboli aktualizační tendenci), byť „duševně nemocným“, nikoli na jeho deficity. Nepředpokládá také stejné projevy konkrétní nemoci u všech lidí, a proto ani nevidí smysl ve specifickém způsobu léčby určité nemoci. Dle mnohých představitelů PCA, diagnostika také přispívá ke ztrátě sebedůvěry člověka ve vlastní schopnosti zlepšit svůj stav. Řešení svého stavu vloží člověk do rukou odborníkům. Někteří představitelé PCA vytvořili nové koncepty psychopatologie, které vycházejí z principů PCA.

V České Republice je PCA přístup ve zdravotní a sociální péči o lidi s psychiatrickými potížemi zastoupen okrajově. Součástí této práce jsou rozhovory s psychoterapeuty, kteří poskytují lidem s psychiatrickými potížemi psychoterapii v duchu PCA. Z rozhovorů vyplývá, že každý z psychoterapeutů má svůj specifický terapeutický styl, ačkoli všichni dodržují principy přístupu zaměřeného na člověka. Nicméně jejich terapeutický styl souvisí s jejich osobností. V názoru na používání psychiatrické diagnostiky se psychoterapeuti mírně liší, ale shodují se v tom, že při samotné psychoterapii se k diagnóze neupínají a pracují s klientem jako s konkrétním

člověkem se specifickými potížemi. Terapie v duchu PCA je terapie dlouhodobá a zaměřená na vztah. Umožňuje klientovi ponořit se do sebe, skrze terapeutický vztah se utkat s příčinami svých potíží a ponechat aktualizační tendenci prostor k působení.

SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

ANDRLOVÁ, M. *Současné směry v české psychoterapii*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-603-1.

FAIXOVÁ, K. Rogersovský přístup jako možnost zlepšení kontaktu s psychiatrickými pacienty. In: *PCA Institut Praha* [online]. Praha: PCA Institut, © 2015 [cit. 2015-02-13]. Dostupné z: <http://www.pca-institut.cz/cs/category/4-clanky/>.

MEARNS, D. and COOPER, M. *Working at Relational Depth*. London: Sage, 2005. ISBN 9780761944584.

MEARNS, D. and THORNE, B. *Person-Centred Therapy Today: New Frontiers in Theory and Practice*. London: Sage, 2000. ISBN-10: 0761965610.

MEARNS, D. a THORNE, B. *Poradenstvo zamerané na človeka v praxi*. Bratislava: PedF UK, 1997. ISBN 8088868297.

MEARNS, D. a THORNE, B. *Terapie zaměřená na člověka*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3881-9.

MERRY, T. *Naučte sa byť poradcom – poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-551-0768-8.

NYKL, L. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.

NYKL, L. *Komunikace zaměřená na člověka. Rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3612-9.

NYKL, L. *Pozvání do Rogersovské psychologie. Přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal, 2004. ISBN 80-86598-69-1.

PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

PROUTY, G., WERDE, V. a PÖRTNER, M. *Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

ROGERS, C. R. *Být sám sebou. Terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2.

ROGERS, C. R. *Klientom centovaná terapie*. Modra: Persona, 2000. ISBN 8096798030.

ROGERS, C. R. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0597-5.

ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.

VYMĚTAL, J. Ocenění významného německého psychoterapeuta Karlovou univerzitou. *Psychoterapie*. 2014, 8, 3, s. 228-229. ISSN 1802-3983.

VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 22-005-96.

VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN-10: 80-7178-561-X.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Anna Jacková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Uplatnění PCA přístupu (psychoterapie a poradenství zaměřené na člověka - Person Centred Approach) ve zdravotní a sociální péči

Počet stran (bez příloh): 82

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 17

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Jan Holeyšovský

Rok dokončení práce: 2015

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Anna Jacková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Uplatnění PCA přístupu (psychoterapie a poradenství zaměřené na člověka - Person Centred Approach) ve zdravotní a sociální péči

Vedoucí/epereňt práce: PhDr. Jan Holeyšovský

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 80

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 24

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjadřování (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Datum, podpis: 7. 9. 2015

Navrhovaná klasifikace: 1 - 2

Doporučení k obhajobě: **doporučuji/nedoporučuji**

Vyběr tématu hodnotím jako velmi zásadní. PCA je v klinické práci zejména s psychotickými pacienty stále přehlíženo a zatíženo mnoha předsudky. Práce přináší Teoreticky podloženou a prakticky doloženou evidenci použitelnosti funkčnosti PCA přístupu v této oblasti.

Těžiště práce vidím v teoretické části, která přináší nejen přehled základních principů PCA, ale mapuje specifika využití PCA přístupu v práci s duševně nemocnými, se zvláštním zřetelem k pacientům s psychotickými potížemi.

Autorka se pokusila zmapovat využití PCA ve srovnání s využitím jiných psychoterapeutických přístupů v organizacích poskytujících sociální péči lidem s psychotickými potížemi v rámci ČR pomocí dotazníkového šetření. Návržnost dotazníku byla však nedostatečná, tak se v praktické části zaměřila na kvalitativní analýzu rozhovoru s psychoterapeuty pracujícími v PCA přístupu v rámci jednoho zařízení poskytujícího sociální i psychoterapeutickou péči klientům s psychotickými obtížemi.

Empirická část je zcela nově zpracovaná, autorka doplnila popis metodologie a nově vypracovala tematickou analýzu rozhovoru, jejíž výsledky uvádí v tabulce 4. Ze získaných dat tak metodologicky výtěžila maximum možného. Výsledky pak přehledně uvádí v subkapitole 11 v závěru empirické části.

Práce přináší dobrou ilustraci praktického využití PCA v práci s psychotickými pacienty.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

- Uvažuje autorka o aplikaci PCA ve své vlastní sociální práci? Kde a jak vidí možnosti aplikace?
- Na základě analyzovaných rozhovorů – jak by formulovala vlastní styl PCA ?

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

			2	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěru práce (publikace, referáty, apod.)

			2	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			1	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Anna Jacková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Uplatnění PCA přístupu (psychoterapie a poradenství zaměřené na člověka - Person Centred Approach) ve zdravotní a sociální péči

Oponent práce: Mgr. Michaela Titmanová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 81

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 19 české literatury, 3 zahraniční literatury, 2 internetové odkazy

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Ná vaznost kapitól a subkapitól	1			
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi	1	2		
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)	1			

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidí studentka přínos své práce?
 V bodech uvést některé výsledky výzkumu u studentkou vybranyh oblastí (nedo jde-li k tomu při samotné prezentaci DP) a uvést jakým způsobem by se dále mohly tyto výsledky uplatnit v praxi?

Celkové hodnocení práce (kladý, nedostatky):

Autorka se ve své DP zabývá využitím přístupu zaměřeného na člověka (Person Centred Approach – PCA) v sociální a zdravotní péči u lidí s psychiatrickými potížemi. Cílem této práce je představit čtenáři PCA přístup v kontextu sociální a zdravotní péče u lidí s psychiatrickými potížemi. Cílem výzkumu „je porozumět a popsat vnímání přístupu zaměřeného na člověka odborníky-terapeuty, kteří tímto přístupem s lidmi s psychiatrickými problémy pracují, a to v oblastech přístupu k PCA, terapeutického stylu a způsobu vedení terapie, vztahu k psychiatrické diagnostice a terapie s psychiatrickými klienty“. Autorka zvolila kvalitativní metodologii, tematickou analýzu rozhovoru s terapeuty pracujícími s výše popsanou klientelou.

DP obsahuje teoretickou a praktickou část.

DP je zpracována velice pečlivě a důkladně, autorka uvádí veškeré související teoretické poznatky s tématem PCA a výsledky praktické části s nimi propojuje a porovnává.

V praktické části považuje autorka za hlavní cíl zachytit pohledy, perspektivy vnímání určitých oblastí přístupu PCA samotnými pracovníky-terapeuty, kteří tímto stylem pracují. Výsledky poté pojednává v samostatné kapitole a dokládá úryvky z rozhovoru. Lze ocenit, že autorka práce také dříve provedla předvýzkum, který jí umožnil přesnější zaměření dalšího zkoumání.

Navrhují ohodnotit „výborně“.

Dopor učení k obhajobě: doporučuji
 Navrhovaná klasifikace: výborně
 Datum: 8. 8. 2015

Doporučení k obhajobě: doporučuji
 Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 