

Pro harmonický duševní vývoj a pro získání vnitřní stability osobnosti je tedy důležité a nezbytné, aby dítě prožilo určité události a získalo určité zkušenosti, a to již v prvních letech života. V této době a právě v průběhu sbírání těchto zkušeností musí být dítě akceptováno. Na tomto základě se pak vytváří základní důvěra ve svět a sebepojetí se formuje v souladu s aktualizací tendencí. Osobnost se postupně vnitřně diferencuje a integruje a při tomto zdravém vývoji se stává konzistentní, kongruentní, flexibilní a s převládajícím pozitivním sebehodnocením. (Vymětal, Rezková, 2001)

Když se však jedinec začne chovat ne v souladu s organismickým hodnocením, ale na základě introjиковaného a internalizovaného hodnocení druhých, osvojuje si *podmínky ocenění*. V této chvíli musí splnit zvnějšku určené, avšak do osobnostní struktury již začleněné podmínky, aby si mohl sám sebe vážit. Teoreticky nemusí podmínky ocenění vzniknout. Pokud by jedinec zažíval pouze bezpodmínečné pozitivní přijímání, pak by se podmínky ocenění nevyvinuly. Sebe přijetí by bylo bezpodmínečné, potřeba pozitivního přijetí a potřeba sebe přijetí by se nikdy nedostaly do rozporu s organismickým hodnocením. Jedinec by zůstal psychicky vyrovnaný a plně fungující.

### **3.3. Teorie psychopatologie vycházející z PCA**

V návaznosti na předchozí výklad teoretických východisek Přístupu zaměřeného na člověka, resp. pohledu tohoto přístupu na plně fungující osobnost, se nyní soustředím na okamžiky, kdy může dojít k narušení hladkého a přirozeného vývoje osobnosti a kdy nastávají potíže, problémy či poruchy.

Ústředními pojmy v oblasti vzniku psychopatologie je v Rogersově teorii pojem inkongruence a pojem podmínek ocenění. Na konci předchozího výkladu jsem postulovala, že k vývoji v plně fungující osobnost je nezbytné, aby dítě již od počátku svého života zažívalo nepodmíněnou akceptaci ze strany blízkých osob. Při naplnění tohoto zážitku nepodmíněného přijímání, akceptování své osoby dítě získává

základní důvěru ve svět a jeho sebepojetí se formuje v souladu s aktualizací tendencí.

Mnohdy je ale rodičovské přijímání dítěte podmíněno. Rodiče neakceptují určité stránky osobnosti dítěte, určité aspekty jeho chování, některé jeho názory. Ve chvílích, kdy je dítě projevuje, dávají jasně svým postojem, chováním i verbálním hodnocením dítěti najevo, že pokud bude takové, nebo se takto bude chovat, bude si toto myslet, není pro ně přijatelné, nemají ho takové rádi. Dítě však touží po přijetí a ocenění.

***Projev potřeby pozitivního přijetí*** je tak mocný, že ***může předstihnout vliv procesu organismického hodnocení. Jedinec je pak více přitahován pozitivním oceněním od druhých*** než zážitkem pozitivní hodnoty plynoucí z uskutečňované sebeaktualizace organismu. Když se potřeba ocenění stane dominantní, začne se jedinec chovat takovým způsobem, jak očekává, že je pravděpodobné takto získat vytoužené ocenění od druhých lidí, a nechová se tak, aby to podpořilo organismus. (Rogers, 2000)

Rogers pokračuje, že ve chvíli, kdy ***se tedy jedinec začne chovat v rozporu s organismickým hodnocením*** a kdy jedná v souladu s požadavky druhých, na základě introjиковaného a internalizovaného hodnocení druhých, ***osvojuje si podmínky ocenění***. Nyní musí splnit zvnějšku určené, avšak do osobnostní struktury již víceméně začleněné podmínky, aby si mohl sám sebe vážit. ***Čím více je rodičovská láska, resp. přijetí blízkými osobami, podmíněna, tím závažnější psychopatologie může vzniknout.***

Existence potřeby pozitivního přijetí a hodnocení, která je ústřední a nejsilnější ze všech potřeb, způsobuje, že ***jedinec začne vnímat své zážitky selektivně a začne uzpůsobovat jejich hodnocení*** v souladu s rodičovskými, potažmo i jinými podmínkami ocenění. ***Pouze zážitky, které naplňují podmínky ocenění, mají přístup do vědomí.*** Zážitky, které však podmínky ocenění nenaplňují, nebo je naplňují jen částečně, mají omezený, resp. zakázaný přístup do vědomí. Takové zážitky musí být zkresleny tak, aby splnily podmínky ocenění, nebo jsou popřeny, aby nenarušily pocit sebehodnoty. (Vymětal, Rezková, 2001)

Představme si rodinu, ve které se nadevše cení pracovní nasazení a úspěch. Jedinec se pak může cítit dobře jen v případě, že je úspěšný. Může zažívat uspokojení např. pouze na základě podaných výkonů, nehledě na to, co to stojí organismus. Takový člověk se chová v souladu s internalizovanými podmínkami ocenění, avšak v zásadním rozporu (inkongruenci) s organismickým hodnocením a aktualizací tendencí, neboť neadekvátně přetěžuje organismus.

Věnujme se nyní podrobněji procesu *vzniku inkongruence*. Rogers (2000) vychází ze situace, kdy dítě dělá něco, co zažívá jako uspokojující. Může jít třeba o projev jeho přirozené zvědavosti a zároveň o projev přirozených agresivních pocitů, např. prozkoumává malého broučka, zkouší, co se stane, když mu utrhne nožičky nebo ho rozmáčkne - a protože nemá rozvinuté žádné zábrany a nemá rozvinutou schopnost vcítit se do utrpení druhého, nemusí být jednání v rozporu s jeho sebepojetím.

Rodiče mohou podle Rogerse v zásadě reagovat dvojitým způsobem. V lepším případě rodiče vyjádří dítěti opravdové přijetí jeho prožívanému uspokojení, vyjádří dítěti úplné přijetí jeho osoby, současně však vyjádří a přijímají svůj vlastní pocit, že takové chování je v rodině nepřijatelné. Po takové reakci dítě neprožívá ohrožení svého sebepojetí jako bytosti hodné lásky. Může plně akceptovat své agresivní pocity jako součást sebe. Zároveň může plně prožívat, že člověku, který ho miluje, se nelíbí jeho ubližování broučkovi. Co nakonec udělá, závisí na jeho vědomém zvažování jednotlivých elementů v dané situaci – zda dá průchod svým agresivním pocitům, nebo zda udělá radost rodičům a tak dosáhne také uspokojení.

Na druhou stranu může dítě od rodičů v té samé situaci zažít odmítavou reakci, kterou čte jako „tvoje chování je špatné, ty jsi špatný a nemáme tě rádi a ani tě nemůžeme mít rádi, když se takto chováš“. Rogers opakovaně dokládá, že lidé se brzy naučí oceňovat sami sebe v podstatě shodně se svou zkušeností s charakterem ocenění, kterého se jim nejčastěji dostává od druhých lidí. V souladu s tímto tvrzením bude toto dítě samo sebe oceňovat v souladu s oceňováním od druhých lidí, v tomto případě od

rodičů. Prožije slova a činy svých rodičů „tvoje chování je špatné, ty jsi špatný“. To ohrožuje jeho self-strukturu. (Rogers, 2000)

Pokud dítě tedy připustí do vědomí uspokojení z tohoto chování, není to v souladu s ním jako s jedincem hodným lásky. *Aby dítě ochránilo své sebepojetí*, aby neztratilo pozitivní sebehodnocení, *může popřít uspokojení, které prožívalo* z prozkoumávání nového a z projevení svých agresivních pocitů. *Druhým důsledkem může být, že dítě zkreslí symbolizace prožívání rodičů*. Přesná symbolizace by v této konkrétní situaci byla: vnímám své rodiče tak, že toto mé chování prožívají jako špatné pro ně. Zkreslená symbolizace je: já vnímám toto své chování jako špatné. Zkreslení symbolizace má stejně jako popření zabránit ohrožení self-konceptu. (Rogers, 2000)

*Když jsou některé zážitky zkresleny nebo popřeny, dochází ke vzniku inkongruence* mezi tím, co jedinec zažil, a tím, co v podobě symbolu učinil součástí sebepojetí. *Kvůli podmínkám ocenění představují organismické zážitky pro sebepojetí určité ohrožení*. Podle Rogerse (2000) v situaci, kdy jedinec popírá před uvědomováním *signifikantní zážitky* a ty pak *nejsou přesně symbolizované a začleněné do jeho self-struktury*, vzniká *bazální psychická tenze*, psychická maladaptace. Jedincova vrozená tendence k aktualizaci však nezaniká. *Někdy se chování jedince řídí jeho představou vlastního já, jindy je řízeno popíranými aspekty organismu. Člověk už nemůže žít jako jednotný celek*. V chování jsou vždy v určitém poměru zastoupeny obě strany, které usilují o nadvládu. Tento zápas se v chování samozřejmě odráží. Jedinec je neadekvátně fungující osobností, která je plná tenzí a obran, bez dostatečné celistvosti.

Rogers (1998) říká, že *psychická maladaptace je výsledkem základního odcizení, které vzniká právě inkongruencí mezi já a zážitkem*. Aby si jedinec udržel pozitivní ocenění druhých, opustí své přirozené organismické hodnocení zážitků, své skutečné já. Začne překrucovat nebo dokonce popírat skutečné prožívané hodnoty a vnímá jejich hodnotu očima druhých lidí. Prochaska a Norcross (1999) mluví o schopnosti subcepce každého organismu, která zajišťuje včasné zachycení inkongruencí. Jedná se o schopnost rozlišovat podprahové podněty, ty,

kteřé se nedostanou do vědomí. Když organismus podvědomě vnímá určité podněty jako ohrožující, tedy inkongruentní se sebepojetím, může použít obranné mechanismy. Kdyby si jedinec uvědomil nehodnotné zážitky, ohrozil by své sebepojetí a frustroval by svou potřebu sebeúcty.

Vymětal a Rezková (2001) uvádějí dva psychické obranné mechanismy, které napomáhají vyrovnání se s jinak nepřijatelnými zážitky – popření a zkreslující symbolizaci.

Popření znamená, že zážitek či zkušenost přehlédnu, nevěnuji jim pozornost nebo je odmítnu jako pro mě nedůležité. Tak se s těmito zážitky nemusím vyrovnávat.

Zkreslenou symbolizaci bychom mohli nazvat také racionalizací. Procesem racionalizace zprvu nepřijatelnou zkušenost myšlenkovým zpracováním upravíme tak, že se jí dostane subjektivně přijatelné podoby. Myšlenkovým procesem tedy zkušenost přetvoříme, aby byla kongruentní s naším sebepojetím.

V určité míře každý člověk užívá určitých obran, aby ochránil svou sebeúctu a zabránil rozvoji úzkosti. Kromě ochranné funkce však obrany na druhou stranu způsobují nepřesné vnímání reality. To je způsobeno právě tím, že zkreslujeme nebo selektivně vnímáme, resp. opomíjíme určité informace.

Čím závažnější psychopatologií určitý jedinec trpí, tím silnější používá obrany a tím rigidněji a zkresleněji vnímá své okolí. Někdy však může být **inkongruence** mezi já a zážitkem **tak velká, že určité události mohou zmařit účinnost obranných mechanismů a mohou vést až k dezorganizaci osobnosti**. Tato velká inkongruence vede nejčastěji nejdříve k vnitřnímu napětí, které je prožíváno jako nepříjemný stav. Později dostává tenze úzkostné zabarvení a začínou vznikat symptomy psychické oblasti, často i oblasti somatické. (Vymětal, Rezková, 2001) „Lidé pocítují ve zvýšené míře úzkost, prožívají vinu, ozývají se nepřiměřené výčitky svědomí, časem může nastoupit depresivní nálada, častý bývá nedostatečný pocit identity doprovázený neurčitě vnímaným ohrožením, dostaví se dojem, že „nejsem už více pánem ve svém domě“, mohou se objevit funkční kardiovaskulární, intestinální či jiné tělesné potíže.“ (Vymětal, Rezková, 2001, s.53-4)

### 3.4. Terapeutický vztah v PCA

Teorie léčby a změn osobnosti v Přístupu zaměřeném na člověka se řídí modelem „jak-tak“. Ve své podstatě jde o to, že pokud existují, resp. jsou naplněny určité definované podmínky, pak se nastartuje popsaný proces, který vede a vyústí k výsledkům nebo změnám v osobnosti a v chování a prožívání klienta. (Grumson, 1965)

V dalším výkladu teorie Přístupu zaměřeného na člověka budeme postupovat v souladu se zmíněným modelem. Nejprve se tedy zaměříme na podmínky, které je třeba naplnit, aby se mohl dát terapeutický proces do pohybu. Aby se tak stalo, musí existovat definovaný terapeutický vztah.

Psychoterapeutický vztah musí naplnit nezbytné, ale postačující podmínky, aby se dal do pohybu psychoterapeutický proces. Tyto podmínky byly Rogersem definovány v absolutních termínech, ale jak ukázal pozdější výzkum, jedná se spíše o charakteristiky existující v kontinuu. (Grumson, 1965) Můžeme tedy říci, že podmínkou k navození terapeutické změny je zapotřebí, aby tyto podmínky byly naplněny v co nejvyšší míře. Čím vyšší stupeň jejich naplnění je dosažen, tím spíše se dá terapeutický proces do pohybu a tím větší nastane reorganizace osobnosti.

V PCA jsou postulované tři nezbytné, ale postačující podmínky, které mají být terapeutem vyjadřovány v terapeutickém vztahu – kongruence, empatie a akceptace. Aby tyto tři proměnné mohly působit na klienta, musíme k nim připojit ještě situační a vztahové proměnné.

Terapeutické setkání a terapeutický vztah má tedy v co největší míře naplnit celkem následujících šest podmínek: 1/ musí existovat vztah mezi terapeutem a klientem, tedy terapeut a klient musí být v kontaktu; 2/ klient je zranitelný a úzkostný, je ve stavu inkongruence; 3/ terapeut prožívá akceptaci klienta, prožívá nepodmíněný pozitivní vztah ke klientovi; 4/ terapeut empaticky chápe klientovo vidění světa; 5/ terapeut je ve stavu kongruence; 6/ klient alespoň v minimální míře vnímá terapeutovu kongruenci, akceptaci a empatii. Všemi těmito nezbytnými a zároveň postačujícími podmínkami se budeme nyní více zabývat. (Vymětal, 1996)

K tomu, aby vůbec mohl začít terapeutický vztah, musí být dva lidé v kontaktu. **Na základě kontaktu vzniká vztah.** V tomto vztahu si musí každý uvědomovat svou odlišnost, samostatnost. Klient je ve stavu inkongruence, je náchylný k úzkosti, neboť podvědomě vnímá zážitky, které ohrožují jeho self-koncept. Může cítit úzkost také proto, že tyto zážitky už plně vnímá. Právě náchylnost klienta k úzkosti ho motivuje k vyhledání terapeutického vztahu a také ho motivuje v něm setrvat. (Prochaska, Norcross, 1999 aj.)

Další tři podmínky se týkají výhradně terapeuta. Jsou to žádoucí osobní vlastnosti, postoje a projevované chování terapeuta, které spoluvytváří příhodné podmínky pro rozběhnutí terapeutického procesu. Tyto tři hlavní proměnné na straně psychoterapeuta tvoří základní vztahovou nabídku. (Vymětal, Rezková, 2001)

Jedním ze základních postojů terapeuta je akceptace. **Akceptace vyjadřuje terapeutovo otevřené a bezvýhradné přijímání klienta jako hodnotné bytosti, která zasluhuje úctu a respekt.** Akceptace je úzce spojena s přesvědčením, že člověku je možné důvěřovat a že je možné se v každém okamžiku spolehnout na jeho vnitřní růstové potenciály. (Vymětal, Rezková, 2001) Terapeut by měl **být schopen nepodmíněně ocenit klienta**, neboť klientova inkongruence vzniká na základě internalizovaných podmínek ocenění. **Aby si klient dokázal uvědomit a přijmout popřené nebo zkreslené zážitky, je třeba oslabit působení podmínek ocenění, což lze dosáhnout právě bezpodmínečně pozitivním přijímáním.** Tím se posílí klientova nepodmíněná sebeúcta. (Mearns, Thorne, 1997)

Prokazatelně účinnou proměnnou na straně terapeuta je **empatické porozumění klientova vnitřního vztahového rámce**, jeho vnitřního soukromého světa. Empatií dáváme klientovi najevo, že ho chápeme. Bez empatického porozumění by klient nemohl důvěřovat terapeutovu nepodmíněnému pozitivnímu přijetí.

Původní Rogersova definice empatie zněla: „Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil tuto dimenzi ‚jako by‘. ...

Ztratím-li tuto dimenzi ‚jako by‘, pak se jedná o identifikaci.“ (Rogers, 1998, s.125) Později Rogers (1998) při definování empatie vycházel z pojmu prožívání. V každém okamžiku v lidském organismu probíhá tok prožitků, ke kterým se může jedinec obracet jako k referencím, které mu umožňují odhalit význam daných prožitků. Empatický terapeut citlivě poukazuje na pocíťovaný význam, pomáhá klientovi soustředit se na něj a dovést klienta až k jeho plnému a otevřenému prožití. Terapeut tedy dočasně žije životem druhého člověka, orientuje se v něm a vzdává se vlastního hodnocení. Pocíťuje významy, kterých si je klient sotva vědom, ale zároveň neodhaluje významy zcela nevědomé, protože by to bylo příliš ohrožující. Terapeut je vlastně důvěrným společníkem v klientově vnitřním světě. Vymětal a Rezková (2001, s.83) empatii chápou jako „pocíťově nesený způsob poznávání jiného jedince, jenž se projevuje ochotou a snahou co nejpřesněji vnímat, zachytit a pochopit jeho aktuální i potenciální vnitřní svět se všemi subjektivními významy a pocity. Empatie má základ v intuici, je provázená emoční účastí a pozitivním zájmem o druhého člověka.“

Důsledkem empatického porozumění je, že klient zažívá pocity úcty, zájmu a akceptace své osoby. Akceptace klienta a otevřeně projevovaná empatie se doplňují. Akceptaci rozvíjíme a prohlubujeme ve vztahu tím, že druhému dáváme najevo, že mu rozumíme, či se o to snažíme ze všech sil. Empatie je dnes všeobecně řazená mezi obecné účinné faktory psychoterapie. Empatií léčíme a zároveň vytváříme a udržujeme dobré pracovní společenství. **Empatie vede k důvěře** a tím se stává nezbytnou podmínkou vztahu, umožňuje upřímnou sdílnost a opravdovost tím, že **člověku poskytuje ve vztahu pocit bezpečí a jistotu.** (Rogers, 2000, Vymětal, Rezková,2001)

Pro rozběhnutí terapeutického procesu je důležité, aby **byl terapeut ve vztahu kongruentní, tedy autentický.** To znamená, že **terapeut si je vědom všech svých současných prožitků, je pouze sám sebou.** Je to protiklad od nasazení si masky „experta“. Kongruencí rozumí Rogers (1998) situaci, kdy je jedincovo prožívání přítomného okamžiku obsahem jeho vědomí, a kdy to, co je přítomno v jeho vědomí, je také obsahem jeho komunikace. Pouze když se všechny tyto tři úrovně - prožitek, vědomí



prožitku a komunikace – prolínají a splývají, je jedinec kongruentní. V těchto chvílích je jedinec integrovaný, celistvý, je dokonale v jednotě.

Kongruence, neboli autenticita terapeuta je komplexní psychoterapeutickou proměnnou, které vysoce koreluje s osobní zralostí člověka a jeho vnitřní stabilitou. Pokud chce terapeut být autentický vůči druhému, musí být v první řadě autentický vůči sobě samému, což vyžaduje dostatečnou vnímavost k sobě. Musí si umět naslouchat, uvědomovat si své prožívání a orientovat se v něm. Musí sobě samému tedy aktuálně i potenciálně co nejvíce rozumět. Vysoce autentický člověk je ten, kdo je v každém okamžiku schopen být upřímný vůči sobě, je neúzkostný, je u něho rozvinutá introspekce a sebeexplorace. Jen vysoce autentický terapeut může být vůči sobě i druhému otevřený a je schopen klienta plně akceptovat. (Vymětal, Rezková, 2001) Kongruence neznamena říkat vše, co v nás probíhá, ale v každém okamžiku si to uvědomovat a být připraven to v případě potřeby sdělit.

V neposlední řadě je v úspěšném terapeutickém vztahu ***třeba, aby klient alespoň v minimální míře vnímal terapeutovu akceptaci, kongruenci a empatické porozumění.*** Nejde tedy pouze o to, že terapeut komunikuje klientovi empatické porozumění a nepodmíněné pozitivní přijetí a je kongruentní. Pouhá komunikace nestačí k úspěšnému rozběhnutí terapeutického procesu, protože komunikace musí být přijata, aby byla efektivní. (Rogers, 1959)

Vztahová setkání mají ještě další charakteristiky. Každé setkání můžeme popsat jako krátkodobý proces, který se odehrává vždy v přítomnosti, je bezprostřední a terapeut a klient se k sobě vztahují celou svou bytostí. Vztah zde lze chápat jako meziosobní setkání, které je charakterizováno subjektivně těsným vztahem, kde druhý je mi cílem, nikoliv prostředkem. (Vymětal, Rezková, 2001)

plném respektu ke klientovi, k jeho názorům, vjemům, myšlenkám a vůbec ke všemu, co je pro klienta důležité. Terapeut neřídí obsah terapie, ovlivňuje a zasahuje však do jejího procesu. Neklade si nárok na to, že jeho vidění světa a klienta je jediné možné, jediné pravdivé. ***Dává klientovi volnost ve svém hodnocení a rozhodnutí, co je pro něj dobré.*** Klient zažívá pocit nepodmíněného respektu ke své osobě. Výsledkem takové vztahové nabídky a takového terapeutického působení terapeuta na klienta je, že klient si více rozumí a více si sám sebe váží.

### **4.3. Další přínosy PCA do oblasti psychoterapie psychóz**

*„Koukej, nikdy jsem ti neslibovala procházku růžovým sadem. Nikdy jsem ti neslibovala dokonalou spravedlnost...a nikdy jsem ti neslibovala klid nebo štěstí. Pomáhám ti tak, abys mohla o tohle všechno svobodně bojovat. Jediná skutečnost, kterou ti nabízím, je výzva, a být zdravá znamená být svobodná ji přijmout nebo nepřijmout na jakékoli úrovni, které jsi schopná dosáhnout. Nikdy neslibuji lži a dokonalý svět růžových sadů je lež...a také nuda.“ (Greenbergová, 1998, s.109)*

V této kapitole se budu zabývat dalšími aspekty Přístupu zaměřeného na člověka v souvislosti s aplikací na psychoterapii psychóz. Zastavím se krátce u požadavků klientů na terapeutický vztah a také u možných cílů psychoterapie. Více se těmito tématům budu věnovat v dalších kapitolách práce. Budu se věnovat otázce direktivity, resp. nedirektivity terapeuta v rámci terapeutického vztahu. Rovněž zde začnu uvádět zkušenosti Mgr. Hudličky a Dipl. KT Albrich z Fokusu (sdružení pro péči o duševně nemocné) a Mgr. Peškové (z Psychiatrické léčebny Bohnice) s aplikací PCA v psychoterapii jedinců se schizofrenií. K těmto poznatkům připojím i zkušenosti vlastní.

Psychoterapie psychotických onemocnění, resp. psychotických stavů, je obtížně definovatelná. Psychotické stavy jako takové mají množství různých podob a psychotická onemocnění, procházejí různými stadii nemoci. Na tom, v jakém stadiu se onemocnění aktuálně nachází a jak konkrétní stav vypadá, bude záležet i postup terapeuta v psychoterapii.

Můžeme však říci, že v rámci psychoterapie klienti vítají určitý způsob zacházení. Mají představy či alespoň tušení o tom, co by potřebovali a chtěli v terapii zažívat. A vlastně nejen v terapii. Všichni preferujeme určité způsoby mezilidské interakce.

Rogersovští terapeuti jsou přesvědčeni, že z PCA vycházející jednání a interakce ve vztahu vedou k růstu, ať už jde o jakýkoliv vztah. Vypovídají i o takové osobní zkušenosti, že ***pokud jsou tyto požadavky na interakce v co nejvyšší míře naplněny, postačují i k terapeutickému, tedy léčebnému působení na nemocné.*** U zdravých lidí mluvíme o osobnostním růstu a ***u nemocných je osobnostní růst vlastně růstem z nemoci ku zdraví.***

***Terapeut nabízí klientovi vztah, nabízí mu bezpečný a přívětivý prostor, ve kterém může klient růst a odkládat některé své obtíže, pokud je to pro něj možné nebo se tak rozhodne.*** Terapeut však k tomu klienta nijak nenutí. ***Pokud je klient přesvědčen, že tyto své obtíže*** (jak je může vidět terapeut či okolí klienta) ***potřebuje a chce je tak mít, má k tomu plnou svobodu.*** Terapeut v tomto směru neklade na klienta žádné nároky a požadavky, které by měl naplnit. To je také v souladu s teoretickým zázemím směru. Klient nemusí naplňovat žádné podmínky či požadavky terapeuta, aby byl přijímán a oceňován. Může být takový, jaký je a jaký být chce.

Lze polemizovat, k čemu pak klientovi vlastně je psychoterapie dobrá. Neměla by přece léčit a napravovat klienta? Výraz terapie – léčba – k tomu přece odkazuje! Odpovídám ano, odkazuje. ***Je však otázkou, co má být přesně předmětem léčby.*** Otázkou žádoucího posunu v psychoterapii se budu zabývat v následující kapitole. Avšak už zde bych chtěla vyjádřit své přesvědčení, že nabídkou můžeme klientovi být prospěšnější než „násilným“ přesvědčováním a nucením. Můžeme klientovi zprostředkovat zážitek vztahu, který je jiný než ty, které většinou zná, a pak ať se rozhodne sám, zda se mu nebude mezi druhými žít lépe, když odloží některé své odlišnosti v prožívání a další příznaky, které jeho okolí považuje za patologické a které ho druhým lidem vzdalují. Proč by se klient nemohl svobodně rozhodnout, zda chce žít tak, jak od něj očekáváme a jak mu budeme rozumět, nebo tak, jak on sám uzná za

vhodné, a přijme ale také současně riziko osamělosti a zažívání neporozumění s druhými? Jsem přesvědčena, že by se měl rozhodnout sám, současně však za své rozhodnutí převzít plnou odpovědnost a nést důsledky svého rozhodnutí.

Přístup zaměřený na člověka je často považován za velmi naivní, neadekvátně optimistický a usilující o nedosažitelné cíle. A to i v případě psychoterapie „zdravých“ jedinců, natož pak u jedinců s tak závažnými potížemi, jako jsou právě klienti s psychózou. Mnoho námitek vyplývá už z cíle PCA, *aby se jedinec stal „plně fungující osobností“*. Velmi odvážný a nerealistický cíl z vnějšího pohledu! Avšak pokud se na tento cíl podíváme blíže a s porozuměním, zjistíme, že *jde o termín vystihující posun klienta k nastoupení cesty vlastního vývoje* (Nykl, 2006). Nykl pokračuje, že aby byl klient schopen vnímat své pocity, prožíval je v nezkresleném významu, byl schopen druhého akceptovat a své pocity vyjádřit ve vztahu tak, aby byly pro vztah přínosné a podporující růst (pozitivní). Jde vlastně o to, že klient je u možného konce terapie schopen vyrovnávat se se symptomy, pocity a prožitky a komunikovat je sociálně vhodnou formou svému okolí. To znamená, že klient si pocity nejen plně a nezkresleně uvědomuje, ale také je dokáže vyjadřovat takovým způsobem, aby se nedostával do zbytečných konfliktů.

Nykl (2006) uvádí, že klient, i ten se schizofrenií nepřichází do terapie často tak úplně z vlastní vůle. Je mu to lékařem doporučeno, nebo je přímo předán např. z hospitalizace do následné péče, kde je mu toto nabídnuto, někdy i tak trochu předepsáno, ať to zkusí. Klient si většinou v této fázi plně neuvědomuje všechny své symptomy, potíže a nespokojenosti. Všimá si často jen těch zjevných, povrchních. Jedním z možných přínosů terapie je pak uvědomění si i potíží skrytých hlouběji a vyživujících ty povrchní. V rámci bezpečného, vřelého a vstřícného vztahu může terapeut v rámci své autentičnosti vyjádřit svá pozorování, může klienta upozornit, že si všiml určitých jeho tendencí.

Sharf (1996) uvádí, že Rogers v průběhu Wisconsinského výzkumného projektu došel k přesvědčení, že to, co činí schizofrenní pacienty často rezistentními vůči terapeutickému působení v rámci PCA, je spíše než jejich psychóza nedostatek motivace. Podrobněji budu

o Wisconsinském projektu a jeho výsledcích psát později v samostatné kapitole.

Podobnou zkušenost sdílíme já, Hudlička a Pešková. I naše úsilí v terapeutickém působení nejčastěji traskotá na malé motivovanosti, či možná spíše až nemotivovanosti klientů k terapii. U klientů, u kterých máme pocit selhávání našeho terapeutického přístupu, můžeme nalézt malou vnitřní energii a vůli ke změně, mohli bychom mluvit o tom, že u nich shledáváme malý nebo žádný vnitřní „drive“.

Pozitivní působení rogersovské psychoterapie je však založeno na vnitřní motivaci klienta. Terapeut se jej v tomto přístupu nesnaží někam vléci, terapeut doprovází klienta na jeho cestě a ve směru, který si určuje sám klient. Je v pořádku, když klient nechce změnu. Terapeut zde plně respektuje autonomii klienta, jeho hodnotu jako člověka, a to samozřejmě zahrnuje i jeho představu o životě, cílech i jeho zakázku v terapii. *Terapeut se zajímá o to, co klient od terapeuta v terapii potřebuje, co si přeje. Zajímá se, zda jde o řešení problému, změnu životního stylu, životní cesty, nebo zda jde o „pouhé“ spolubytí ve vyhrazený čas bez touhy po čemkoliv jiném.* Terapeut je připraven klientovi vyhovět do takové míry, aby to nebylo v rozporu s jeho přesvědčením a hodnotami. Důležitý je jistě i fakt, že *terapeutická zakázka se může v průběhu terapie měnit* a terapeut pružně reaguje na klientův aktuální stav i jeho vnitřní proces.

V Přístupu zaměřeném na člověka se hovoří o ne-direktivité terapeuta. *Nedirektivnost terapeuta je často zaměňována s terapeutovou pasivitou.* Terapeut však vůbec není pasivní: velmi pozorně sleduje klientovy symbolizace jeho částí self a více naslouchá klientovu vyjadřování než pouze tomu, jak by klienta vyjádřil on sám (Mearns, Thorne, 2005). Z pohledu vnějšího pozorovatele může výše popsaná aktivita působit jako terapeutova pasivita. Avšak nejen že terapeut takto vnitřně s klientem pracuje, on tuto svou práci klientovi komunikuje.

Ve vztahu ke klientům je často terapeut zbytečně málo autentický z obavy, aby nebyl příliš direktivní, netrpělivý a indoktrinující, někdy se o některých významných okolnostech domnívá, že je musí skrývat a

konečně někdy jsou to v podstatě obava z rozhovoru, z klienta, to zvláště u začínajících terapeutů. (Vymětal, Rezková, 2001)

Lékaři jsou na vysokých školách vedeni k tomu, aby se naučili rozhodovat někdy s pacienty, často však bez nich, o tom, co je pro ně (pacienty) „nejlepší“. Bohužel se toto rozhodování nemusí týkat pouze lékařských zákroků a léčby jako takové, ale zasahují i do osobních životů pacientů. V rogersovském přístupu je tomu jinak. Zde *se primárně rozhoduje klient a terapeut mu pouze proces rozhodování usnadňuje*, je mu v něm bezpečným průvodcem a „přítelem“. Klient je zde chápán jako jediný odborník na svůj život.

Albrich, Hudlička, Pešková i já cítíme, že klienti jsou okolím (rodinou, blízkými i odborníky) tlačeni často do pozice, že to, co cítí a myslí, není skutečnost, že to není pravda. Mohou se pak cítit bezmocní vůči svému okolí i vůči své nemoci. Mohou se cítit bezmocní „na všech frontách“. Mohou prožívat něco jako: Já s tou nemocí nic neudělám a nemám ani právo si něco myslet a říkat, protože ostatní mi říkají, že to tak není. Pokud zažijí naslouchání, respekt k jejich pocitům a myšlenkám jako k reálným entitám, pookřejí, zažívají úlevu a jiné příjemné pocity plynoucí z mezilidské komunikace.

Nezáleží přitom na faktu zdraví či nemoci klienta. Panuje zde přesvědčení podpořené zkušenostmi, že i psychotický klient je stále schopen řídit svůj život a rozhodovat o jeho směřování.

Uvědomuji si odvážnost tohoto tvrzení. Napadají mě otázky, co když klient chce pod vlivem hlasů nebo bludů sám sobě nebo někomu jinému ublížit. Co se může stát, když klient vede zjevně život, který jej vede stále znovu do akutní fáze nemoci. Z mého předchozího výkladu se může zdát, že klienta nechám jako terapeut toto všechno udělat, protože toto vše může. Úplně to tak není. V případech ničícího a poškozujícího chování nebo při takovém úmyslu budu psychotickému klientu komunikovat následky, konotace případně i své hodnoty a přesvědčení týkající se jeho chování a myšlenek. Mohu s klientem hovořit o důsledcích jeho chování. Konečné rozhodnutí, jak se zachová, je však na něm. Je třeba dobře rozlišovat mezi tím, nechat klienta nechat naprosto volně si

dělat, co uzná za vhodné všude a v každé situaci, a tím, kdy jsme v psychoterapii nedirektivní.

Mnozí lidé nejsou zvyklí dobře zvažovat svá rozhodnutí, jsou zvyklí být direktivně ovlivňováni zvnějšku. Psychoterapie je léčebný proces, je to proces učení se novým schopnostem, zkušenostem. Je to proces umožňující ovlivnit vlastní život, možnost se měnit. Současná společnost je nastavena na direktivitu. V rámci komplexní péče (tj. krizová intervence, akutní hospitalizace, medikace, nácvik dovedností a kognitivních funkcí, pracovní zařazení apod.) o psychotické klienty vidím důležitost rozvážně indikované direktivity. Avšak jsem přesvědčena, že v psychoterapii je na místě direktivitu omezit na minimum, často je dobré ji naprosto škrtnout, neboť *zde jsme se s klientem pozastavili a díváme se v klidu na jeho život, myšlenky, vnímání, sny, touhy apod. Je zde prostor pro to, aby se klient sám postupně rozhodl a zároveň si uvědomil, co může jeho rozhodnutí způsobit jemu a druhým v důsledku. Klient zároveň přijímá odpovědnost za své rozhodnutí.*

Mám zkušenost, že pokud se s klientem v rámci sezení pozastavím a společně zvažujeme možnosti další cesty, klient je více či méně schopen uvažovat i o následcích svých rozhodnutí, je schopen pojmenovat důsledky a rozhodnout se.

Albrich hovoří o svých zkušenostech s ne/direktivitou v tom smyslu, že uznává, že je někdy potřeba trochu autority. Klienti jsou zvyklí na vedení z domova i odjinud. Lékaři je také vedou. Klient je zvyklý na „silné zprávy“, je mu jasně i méně jasně říkáno, „co má dělat, jak se má chovat a co si ten druhý myslí. Terapeut v rogersovské vysílá „jemné zprávy“, které je potřeba někdy „zesílit“, vystoupit v některou chvíli více jako „autorita“.

Pozornost je věnována nejen tomu, aby terapeut nebyl přímo direktivní, ale též různým jiným méně nápadným formám, jako jsou různé formy návrhů a pobídek nebo selektivního posilování různých klientových reakcí. Mearns a Throne (2005) to vysvětlují tím, že cílem PCA *je pomoci najít klientovi jeho vlastní směr a posílit ho v jeho vlastním procesu.* Toho nemůže být dosaženo jinak, než že se vzdáme pozice experta na problém, osobnost klienta i jeho proces.

Musím zde zdůraznit společně s výše citovanými autory, že direktivitu, resp. nedirektivitu nemůžeme posuzovat na základě toho, co terapeut dělá nebo nedělá v terapii, jak se chová. Direktivitu můžeme posuzovat pouze na základě toho, co klient v terapii zažívá. Je tedy naprosto irrelevantní, zda je terapeut o sobě přesvědčen, že je nedirektivní, důležité je, aby ho tak prožíval jeho klient. Nejde tedy o otázku, zda se terapeut chová direktivně, ale zda se klient cítí být klient směřován.

Terapeutovo naprosto permissivní chování může být klientem vnímáno jako direktivní, stejně tak i přímý návrh k nějakému činu může být klientem čten pouze jako možnost představit si vnitřně tuto situaci a sám se rozhodnout, zda to tak on skutečně chce. To, jak bude které terapeutovo chování číst ten který klient závisí nejen na jejich osobnostech jako takových, ale také na vztahu a způsobu interakce, který si mezi sebou vytvořili. Terapeut proto musí být vnímavý ke všem projevům klienta, které mu mohou napovědět, jak klient jeho konkrétní intervence vnímá.

To může být u psychotických klientů obtížnější, neboť jejich svět a jejich komunikace se odlišuje od té, na kterou jsme většinou zvyklí. Není to však zcela nemožné. Můžeme zkoušet své reakce a uzpůsobovat je v interakci tak, abychom cítili jejich přiměřenost pro konkrétního klienta. Můžeme se klienta i ptát a ověřovat si, jak nás vnímá. Můžeme také klientovi vysvětlit záměr našich vět a činů, aby věděl, o co se snažíme a co je cílem našeho chování.

Lékaři se naproti tomu snaží pacientům vysvětlit jejich problém, symptomy zvnějšku, jak to oni vidí a málo nebo vůbec dávají pacientům možnost říci, jak to vidí sami. *Terapeut zaměřený na člověka není zaměřen na vysvětlování stavu, symptomů a problémů klienta zvnějšku. Terapeut se snaží porozumět klientovi z klientova vlastního referenčního rámce, toto porozumění mu komunikovat a ověřovat si jeho správnost.*

Porucha z pohledu PCA vzniká tehdy, když se jedinec chronicky upevní či zaklíní uvnitř vlastního procesu tak, že homeostatická rovnováha nemůže měnit parametry reakcí na měnící se okolnosti a podmínky (Mearns, Thorne, 2005). *Terapeutovo aktivní přizpůsobující se chování klientovi a jeho vstřícnost v osvětlování významu svého chování může klientovi pomoci znovu se naučit tomuto pružnému druhu chování tak,*



*aby se obnovila jeho vnitřní homeostatická rovnováha.* Umožní mu také učít se číst v chování druhých lidí, v jejich záměrech. Tak se postupně může stát chování druhých srozumitelnější, a tím méně ohrožující, a pomůže tak jedinci znovu vstoupit do světa druhých lidí.

Terapie zaměřená na člověka je podle Vymětala a Rezkové (2001) vhodná pro klienty, kteří trpí inkongruencemi sociálně-komunikačního typu. Zvláště pak těmi, které vznikly během života jedince a spočívají v tom, že člověk odmítá, zkresluje či nezařazuje do sebepojetí některé důležité zkušenosti. Klienti s psychotickým onemocněním mají obtíže v sociální oblasti (viz kap. 4.2.) - jak vztahové, tak i ve vlastní srozumitelnosti pro okolí i v tom, že často oni sami nerozumí lidem a vůbec světu kolem sebe. Tyto obtíže nejsou ve většině případů vrozené a vyplývají z podstaty onemocnění. Jde o vnitřní rozpory, jež si alespoň částečně jedinec uvědomuje a současně nejsou alespoň chvílemi natolik silné, že by znemožnily sebe-exploraci či navázání vztahu k terapeutovi.

*Velký přínos má rogersovská psychoterapie pro ty klienty, kteří touží po větší autonomii, sebeřízení, případně i po větším vlivu, prosazení se a kontrole okolí.* Klient toužící po závislosti a odmítající převzít svůj život do vlastních rukou nebude mít s největší pravděpodobností z tohoto terapeutického přístupu užitek.

Syřišťová (1989) uvádí, že i přes rozdílnost mezi jednotlivými psychoterapeutickými přístupy ke klientům se schizofrenním onemocněním se v literatuře setkáváme se shodným důrazem na význam vztahu mezi terapeutem a klientem v psychoterapeutickém procesu. *Vztah se zde stává základním stavebním kamenem psychoterapeutického procesu, který zastupuje živý a přirozený model mezilidské interakce.* V rámci takto definovaného vztahu si klient může korigovat své dosavadní nepříznivé mezilidské zkušenosti a vytvářet si podklad pro nové a více uspokojivé mezilidské vztahy.

Již dříve bylo uvedeno, že má-li základní vztahová nabídka v terapii účinná, musí ji klient alespoň v minimální míře vnímat. Na definovanou vztahovou nabídku by měl reagovat sebe-explorací a prací na sobě. Jde o *ochotu k léčbě, ochotu aktivně spolupracovat a i skrze určité bolesti a překážky usilovat o sebepoznání a překonávání inkongruencí.*

Vymětal a Speierer (1990) uvádějí, že psychoterapie pak přináší změny v psychice i tělesném stavu klientů v důsledku zmenšení inkongruence mezi zkušenostmi a sebepojetím.

#### 4.4. Kritéria účinnosti PCA při léčbě psychóz

*Debora rychle vstala a řekla jí (dr. Fredové), Yru, Kolektu i Cenzorovi: „Dobrá – budete se ptát a já budu odpovídat – odstraníte mé „symptomy“ a pošlete mě domů... a co mi pak zbyde?“ ... „Jestli se jich skutečně nechcete vzdát, nic mi říkat nebudete. ...Jen se posaďte. Nebudete se muset vzdávat ničeho, dokud nebudete připravená, a na uvolněné místo pak nastoupí něco jiného.“ (Greenbergová, 1998, s.20)*

Nyní se budu věnovat úvahám, zamyšlením a argumentům, které mohou zaznívat v souvislosti s přínosy Přístupu zaměřeného na člověka pro psychotické klienty.

Termín účinnost psychoterapie nebo její efektivita je důležitý pro terapeuty, zdravotní pojišťovny, klienty i jejich rodiny a další zainteresované osoby a instituce. Všichni chtějí pouze dobrou a efektivní službu, do které se vyplatí investovat. Proč máme tedy zkoušet v praxi více uplatňovat Přístup zaměřený na člověka, když máme jiné, „zaručeně“ efektivní přístupy?

Jsem přesvědčena, že je důležité se blíže podívat na samotný pojem efektivita. ***Co vlastně považujeme za výsledek efektivní psychoterapie?*** Má být výsledkem zmizení hlasů a paranoidity? Nebo snad opětovný nástup do zaměstnání? Větší kognitivní pružnost? Má to být remise onemocnění? Má to být prevence relapsu? Má to být větší snášenlivost léčby psychofarmaky? Má to být lepší postoj k léčbě jako takové? Nebo to má být přijetí faktu nemoci? Zlepšující se kvalita života a životní spokojenost? Cílem terapie může být lepší zapojení do společenského života nebo usilujeme o zkvalitnění interpersonálních vztahů. Chceme klientovi umožnit lépe si rozumět, lépe se orientovat ve svých emocích? Nebo chceme dosáhnout všeho jmenovaného i něčeho navíc?