

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Rigorózní práce

**Přístup zaměřený na člověka a
psychoterapie psychóz**

Mgr. Pavla Volfová
Leden 2007

Konzultant rigorózní práce doc. Jiří Šípek, PhD.

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně.
Byla použita pouze literatura uvedená v seznamu literatury.

V Praze dne 2. ledna 2007

Mgr. Pavla Volfová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému konzultantovi doc. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., který mi při společných setkáních nejen pomáhal v úvahách o této práci a o dalším směru jejího vývoje, ale také mi dodával nový elán do pokračování v práci. Také bych chtěla poděkovat PhDr. Vendule Junkové, která mi poskytla cenné podněty v oblasti PCA. Velké díky patří mému manželovi Radkovi za to, že se mnou sdílel mé pochybnosti, nadšení i vyčerpání a vždy pro mě měl připravená slova podpory. Děkuji své tetě za korekturní přečtení práce, i za naslouchání a podněty při společných úvahách o práci. Další díky patří mému „šéfovi“ PhDr. Petru Goldmannovi, který byl velmi vstřícný, kdykoli jsem se potřebovala omluvit z pracovního nasazení, abych mohla navštívit svého konzultanta.

OBSAH:

1. Úvod	7
2. Psychotická onemocnění	9
2.1. Diagnostické vymezení (kterými poruchami se budu zabývat)	9
2.2. Charakteristické příznaky onemocnění	12
2.2.1. Vstup do problematiky	12
2.2.2. Celkový obraz nemoci	13
2.2.3. Pozitivní a negativní příznaky	15
2.2.4. Vnímání	16
2.2.5. Myšlení	19
2.2.6. Řeč a písmo	21
2.2.7. Prožívání	22
2.2.8. Kontakt s realitou	23
2.2.9. Vnímání Já a vztahovost	25
2.2.10. Motorika	27
2.2.11. Vůle	28
2.3. Teorie vzniku psychózy	29
2.3.1. Přehled teorií	29
2.3.2. Rané psychické trauma, stres a zvýšená vulnerabilita	31
2.3.3. Patogenní rodinné interakce a interakce rodič-dítě	33
2.3.4. Chybné učení a zvládání zátěže	35
2.3.5. Problémy v sociálních vztazích	36
2.3.6. Modely psychoanalytické a neanalytické	37
2.3.7. Model vycházející z daseinanalýzy	39
2.3.8. Behaviorální přístup	39
2.3.9. Model psychózy vycházející z PCA	40
2.4. Průběh psychózy	41
2.5. Rizikové faktory	44
3. Přístup zaměřený na člověka	46
3.1. Vymezení PCA	46
3.2. Teorie PCA	47
3.3. Teorie psychopatologie vycházející z PCA	50
3.4. Terapeutický vztah v PCA	55
3.5. Terapeutický proces v PCA	59
3.6. Působení terapeutických proměnných v rámci PCA	62
4. PCA a psychoterapie psychóz	65
4.1. Rozdělení příznaků a problematických oblastí	66
4.2. Aspekty schizofrenie – účinné momenty aplikace PCA	70
4.2.1. Obecný pohled na schizofrenii	70

4.2.2. Faktory působící na rozvoj nemoci	72
4.2.3. Osobnost nemocného sama o sobě a ve světě	75
4.2.4. Rozporuplnost	77
4.2.5. Příznaky schizofrenie, které lze zahrnout pod tradiční dg. kritéria.....	79
4.2.6. Sociální a vztahové selhávání	81
4.2.7. Potřeby v terapii	83
4.3. Další přínosy PCA do oblasti psychoterapie psychóz	84
4.4. Kritéria účinnosti PCA při léčbě psychóz	92
4.5. Výzkumný projekt ve Wisconsinu	96
4.6. Preterapie – alternativa PCA pro akutní stavy	102
4.7. Terapeutické postupy a chování terapeuta při psychoterapii psychotických klientů v rámci PCA.....	107
5. Kritický pohled na možnosti PCA v oblasti psychoterapie psychóz – diskuse	119
5.1. Otázka č. 1: Který způsob psychoterapie je pro schizofrenní klienty nejvhodnější?	119
5.2. Otázka č. 2 : Co má být výsledkem psychoterapie?	124
5.3. Otázka č. 3 : Jaké postupy jsou vhodné pro různé období nemoci – ataka, remise, reziduum, prodromy?	126
5.4. Otázka č. 4: Jak můžeme zhodnotit účinnost PCA?	128
6. Závěr	132
7. Literatura	134
8. Souhrn – summary	141

K rigorózní práci je přiloženo cd s digitální verzí práce.

Příznaky a nemoc mají spoustu příčin. Jejich části a jednotlivé stránky se navzájem podporují, provazují a posilují. Kdyby tomu tak nebylo, mohli bychom ti dát pořádnou injekci té či oné látky nebo ti udělat rychlou hypnózu a přikázat: „Bláznovství, zmiz!“, to by byla snadná práce. Jenomže tyhle příznaky se opírají o mnoho potřeb a slouží mnoha účelům, a proto jejich odstraňování působí takové utrpení.“
(Greenbergová, 1998, s.207)

1. Úvod

„Schizofrenie je onemocnění vyznačující se změnou vztahu ke skutečnosti, vedoucí k deformaci prožívání a chování a ke změně osobnostních charakteristik. To je doprovázeno změnou v sociálních vztazích, v pracovní a lidské kompetenci v daném systému vztahů. Jedná se o onemocnění chronické s vysokou proměnlivostí v průběhu a výsledných stavů, které dočasně, ale mnohdy i trvale naruší pacientovu schopnost adaptivně řídit svůj život a omezí jeho vyhlídku na společenské uplatnění.“ (Libiger, 1991, s. 21)

Schizofrenie, resp. každé psychotické onemocnění je pro většinu zdravé populace tajemnou neznámou plnou předsudků. Lidé psychoticky nemocným nerozumí, mají někdy sklon považovat je za nevypočitatelné, potenciálně nebezpečné, neschopné, či dokonce nesvéprávné. Nemocný sám často hledá vysvětlení nemoci jako slabosti, spiknutí či jako nepřítel osudu. Jde však často o únik před nutností uvědomit si a přijmout, že se jedná o projev duševní nemoci.

Duševní nemoc je jiná než ty tělesné. Nemocní si dobře uvědomují, že s sebou přináší také stigma. Toto vědomí pak pacienty odvádí od hledání pomoci u psychiatra, což má za následek zanedbání včasného nasazení medikace a dalších terapií a vede to k nepříznivějšímu průběhu nemoci. Vědomí stigmatizující duševní nemoci také posiluje tendenci nemocných stáhnout se a být opatrnými v komunikaci. Snižuje jejich důvěru v okolí. Nemocní se schizofrenií si nicméně přes kognitivní, emoční a osobnostní změny zachovávají dostatek premorbidních osobnostních charakteristik, aby byli schopni žít relativně plný a kvalitní život.

V práci se zabývám psychoterapeutickým přístupem, označovaným jako Přístup zaměřený na člověka, a jeho přínosem do oblasti psychoterapie psychóz. Přínos tohoto přístupu bývá podceňován. Přesto se domnívám, že je přístup nejen inspirativní, ale i velmi vhodný a účinný.

Cílem práce je ukázat možnosti využití Přístupu zaměřeného na člověka v psychoterapii psychóz, doložit jeho přínosy a upozornit

na omezení. Cesta k tomuto cíli je vyznačena čtyřmi otázkami, na něž je v práci hledána odpověď:

- 1) Který způsob psychoterapie je pro schizofrenní klienty nejvhodnější?
- 2) Co má být výsledkem psychoterapie?
- 3) Jaké postupy jsou vhodné obecně pro psychotické klienty a pro různá období nemoci – ataku, remisi, reziduum, prodromy?
- 4) Jak můžeme zhodnotit účinnost Přístupu zaměřeného na člověka v psychoterapii psychóz?

Práce má teoretický charakter. Záměrem při jejím koncipování bylo vytvořit základ pro budoucí experimentální ověřování. Text je rozložen do šesti kapitol, včetně Úvodu a Závěru. Na počátku nebylo možné opominout vysvětlení podstaty psychotických onemocnění, resp. schizofrenie (kap. 2) a teoretické zázemí Přístupu zaměřeného na člověka (kap. 3). V další části práce se pak věnuji využití tohoto přístupu v psychoterapii psychóz (kap. 4) a kritickému zhodnocení jeho možností (kap. 5). Abych čtenáři zjednodušila orientaci, používám v kapitolách 2 až 4 tučný text pro zdůraznění hlavních myšlenek a nejdůležitějších bodů výkladu, s nimiž dále pracuji.

Přístup zaměřený na člověka bývá v literatuře označován také jako Rogersovský přístup. V práci jsou oba tyto termíny používány jako synonyma a je uplatněna i zkratka PCA (z angl. „Person Centered Approach“). Ve své práci užívám slovo normální ve smyslu většinovém. Tedy normálně vnímající člověk je takový člověk, který vnímá podobným způsobem, jako většina populace. Termíny pacient a klient budu používat následujícím způsobem: pacient pouze v souvislosti s nemocí, poruchou a hospitalizací či všeobecně medicínským pohledem (v kapitole 2.) a termín klient pak obecně v souvislosti s psychoterapií (ve zbývajících částech práce).

2. Psychotická onemocnění

2.1. Diagnostické vymezení

(kterými poruchami se budu zabývat)

V této kapitole se chci zabývat vymezením okruhu poruch, kterým se budu věnovat ve své práci. Vymezení psychotických poruch není zcela jednotné. U některých poruch se všichni odborníci shodují, u jiných již probíhá diskuse, zda je zahrnovat pod psychotická onemocnění. Důvodem, proč se budu zabývat pouze určitou skupinou psychotických poruch, je koherence ve výkladu a v uchopení předmětu mého zájmu.

Tradičně v psychopatologii byly od sebe rozlišovány dvě obecné kategorie: neurózy a psychózy. Za neurózy byla považována taková onemocnění, která byla podmíněna převážně psychogenně, tedy nepříznivými vlivy psychickými a sociálními. Jako příčiny vzniku psychóz byly identifikovány vlivy endogenní, které měly základ ve vnitřním prostředí organismu.

Etymologickým pohledem znamená psychóza nemoc duše, či duševní nemoc. Slovo psychóza pochází z řečtiny, konkrétně je toto slovo složené z „psyché“, tzn. duše, a koncovky –óza, kterou v medicíně označujeme nemoc té které části těla či orgánu.

Při psychóze se zásadním způsobem mění způsob vnímání sebe sama, druhých lidí i okolního světa. Dochází k poruše kontaktu s realitou, což znamená, že člověk s psychózou odlišně vnímá, myslí, prožívá i jedná. Svět společný všem lidem ustupuje do pozadí a je nahrazován přeludy a fantaziemi, do kterých se jedinec uzavírá. Obraz psychózy a psychotického vnímání a prožívání je společný celé řadě nemocí ve smyslu nosologických jednotek. Psychóza není jeden jediný stav či jedna nemoc.

Kalina (1987) rozlišuje funkční a organické psychózy. Pro organické psychózy je zjištěné charakteristické poškození mozkové tkáně. Nemoc je zde vyjádřena jako porucha funkcí centrální nervové soustavy, a tím je narušená osobnost a fungování v sociálním okolí.

Naproti tomu u funkčních psychóz takové typické zjiřitelné poškození mozkové tkáně nenacházíme. K funkčním psychózám řadí Kalina především schizofrenii a maniodesivní psychózy.

Mentzos (2005) zahrnuje pod psychózy taková onemocnění, kde není hranice já dostatečně vytvořena, kde není možné přesně a jednoznačně rozlišit mezi self a ne-self, kde není dostatečně oddělený subjekt a objekt a kde jsou primárně a převážně užívány hrubě primitivní obranné a kompenzační mechanismy. Nezabývá se přitom etiologickou otázkou.

Snad všichni autoři se shodují, že mezi psychotická onemocnění funkčního charakteru je namíste řadit poruchy ze schizofrenního okruhu. Stejně neotřesitelná shoda již nepanuje pokud jde o afektivní poruchy neboli afektivní psychózy.

Mentzos (2005) klade otázku, proč vlastně zahrnujeme schizofrenii a maniodesivní onemocnění pod totožnou kategorii psychóz, když v podstatě pouze u schizofrenie dochází k závažnější poruše self, zatímco u maniodesivního onemocnění jde pouze o emocionální poruchy při poměrně dobře zachované integritě self. Připouští, že nejtěžší stavy maniodesivního onemocnění provází manické nebo depresivní bludy, avšak většina případů tohoto onemocnění nedosahuje takové hloubky a závažnosti. Sám se však kloní k zahrnování maniodesivního onemocnění mezi psychózy.

Zároveň tyto nemoci – schizofrenii a maniodesivní onemocnění - od sebe odlišuje a uvádí jejich specifika jak v rámci teorie psychodynamického modelu, tak v rámci chování a prožívání jedinců. Dokládá to např. uváděním rozdílných reakcí na odmítnutí, či rozdílnou povahou vnitřní prázdnoty u schizofrenie a deprese. (Podrobněji odkazují na literaturu – Mentzos, 2005.) Uvádí důležité charakteristiky prožitků při manifestní afektivní psychotické epizodě. V protikladu ke schizofrenii zde nápadně vystupuje fakt, že u afektivní psychotické epizody se nejedná „o hranice já, identitu, kohezi či dezintegraci, nýbrž jde o následující aspekty nebo dimenze: a) jedná se o ztrátu objektu a z ní vznikající nesnesitelnou duševní bolest; b) jedná se o újmu pocitu vlastní hodnoty (...); c) jedná se o pocity viny v jasně souvislosti s intenzivními agresemi

z frustrace v důsledku ztráty objektu a/nebo snížení pocitu vlastní hodnoty.“ (Mentzos, 2005, s.41) Deprese je podle jeho pohledu vlastně regresivním obranným pokusem proti intrapsychickému napětí, které vzniká z výše uvedených třech oblastí.

Z předchozího nahlédnutí na různá pojetí psychóz některých autorů je zřejmé, že nenajdeme všeobecně přijímané vymezení. Protože je pohled na souhrn psychotických onemocnění nejednotný, zaměřím se nyní na vymezení vlastního okruhu psychóz, kterými se budu explicitně v práci zabývat.

V první řadě z okruhu svého zájmu vyřazuji organické psychózy, které se od funkčních liší jednoznačnou etiologií ve smyslu poškození mozkové tkáně. Psychotický stav je zde způsobený např. jiným somatickým onemocněním a současně s léčbou psychotického stavu je nezbytné primárně léčit příčinu vzniku tohoto stavu. Tím se tyto organické psychotické nemoci liší od funkčních a liší se i specifika jejich léčby.

Na základě předchozích úvah jsem se rozhodla, že ve své práci nebudu primárně mezi psychózy zahrnovat maniodepresivní onemocnění, potažmo mánie a depresi, neboť většina lidí trpících těmito nemocemi se nikdy nestane psychotickými. Ona menšina, která začne podléhat přeludům, halucinacím a která začne jednat zvlášť podivným a bizarním způsobem, se takto iracionálně chová pouze omezené časové období, mimo které jednájí a uvažují zakotveně v realitě. Na rozdíl od schizofrenie nejsou tato období chronicky se opakující nebo chronická.

V širším smyslu se tedy budu zabývat psychózami ze schizofrenního okruhu, kam patří schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy a schizoafektivní poruchy. Jedná se sice v určitých ohledech koherentní skupinu onemocnění, na druhou stranu je i tato skupina v mnoha ohledech rozmanitá a jednotlivé poruchy se liší svými příznaky, projevy v prožívání a chování i průběhem.

Není v mých možnostech se v této práci se věnovat podrobně všem jednotkám této skupiny poruch. Pokud se tedy budu zabývat příznaky a průběhem onemocnění, budu dále mluvit o schizofrenii jako nosologické jednotce. Ostatní nosologické jednotky mají s touto některé projevy

shodné, v jiných se odlišují. Proto žádám čtenáři, aby při individuální úvaze sám aplikoval naše rozvahy, zjištění či závěry na ostatní poruchy v souladu s jejich specifiky.

Jsem si vědoma toho, že jsem velmi zúžila okruh psychóz, kterými se budu ve své práci zabývat. Učinila jsem tak však s ohledem na možnosti dané rozsahem mé práce. Výstupy mé práce lze aplikovat nejen na mnou úzce vymezený okruh psychóz, ale na většinu psychotických stavů.

2.2. Charakteristické příznaky onemocnění

2.2.1. Vstup do problematiky

V této kapitole se budu zabývat charakteristickými projevy a příznaky schizofrenního onemocnění. Nechci se zabývat podrobně exaktními diagnostickými vodítky, která by nám přesně specifikovala, kdy diagnostikovat schizofrenní onemocnění. Ve své práci jsem zaměřena na psychoterapii psychotických pacientů, proto se domnívám, že je pro čtenáře v tomto směru důležitější, jak vnímá okolní svět nemocného, případně jak sebe a okolní svět prožívá a vidí nemocný. Aniž bych v základních ohledech opomíjela ohraničení nemoci „zvnějšku“, budu ve výkladu usilovat i o porozumění charakteristickému schizofrennímu obrazu.

Pokusím se postupně zabývat obrazem nemoci. Na schizofrenii se nejprve podívám očima pozorovatele tak, jak ji vidí a vnímá jako celek. Vyložím pak stručně hojně užívané dělení příznaků na pozitivní a negativní. Následně se již chci věnovat jednotlivých charakteristickým příznakům tohoto onemocnění. Tyto příznaky není snadné od sebe striktně oddělit při současném úsilí o porozumění prožívání nemoci nemocným i jeho okolím. Protože mým prvořadým cílem je právě porozumění, budu příznaky oddělovat pouze natolik, nakolik to nesníží schopnost rozumět. V důsledku toho bude nezbytně docházet k určitému prolínání jednotlivých výkladových částí.

Ačkoli tedy budu probírat jednotlivé elementární poruchy, lze je všechny souhrnně rozčlenit podle Hašta (1989) na poruchy myšlenkového sledu, poruchy afektivity a poruchy prožívání vlastního já. Jednotlivé poruchy, stejně jako výše uvedené základní poruchy nejsou ničím izolovaným, něčím, co by spolu nesouviselo. Naopak jde o jednotnou poruchu myšlení, cítění a ega, která se pouze zdánlivě projevuje jednotlivými symptomy.

2.2.2. Celkový obraz nemoci

Nejnápadnějším znakem schizofrenního onemocnění je určitá *rozervanost, nejednotnost v cítění a v myšlení*. Bleuer zavedl termín schizofrenie, aby tento znak jasně pojmenoval a vyzdvihl. Má vyjadřovat odcizení. Lze říci, že *mezi nemocným a jeho okolím vzniká propast, která pak se nachází i ve vnitřním světě nemocného. Sám nemocný cítí, jako by ztratil sebe samého*.

Schizofrenik *prožívá a poznává svět velmi odlišně od nás, ale i tak stále žije v našem světě*. Ve schizofrenním prožívání už téměř neexistují nějaké neutrální události, které by neměly s jedincem co dočinění. On je tou hlavní osobou. Vše, co se děje, s ním souvisí. Mnohé se jeví jako důležité, dopředu dané, bez časové zakotvenosti. Okolí i sebe vnímá jako v nějakém obraze, ve kterém je pozorovatel i v centru dění. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Pacienti pozorují, že jejich *emoční a duševní schopnosti unikají jejich vlastní kontrole. To vyvolává často úzkost a depresi*. Rodiče jedince, v němž se schizofrenie rozvíjí, se musí vyrovnat s bolestivým pocitem ztráty, že se jejich syn či dcera mění z otevřeného a šťastného člověka na staženého a samotářského, který je zmatený rozličnými psychotickými zážitky. (Andreasen, 1992)

Podle Foucalta (1997) je prvním dojmem z těžce duševně nemocného nijak nekompensovaný globální a hrubý deficit. Všechny projevující se funkce a fenomény jedince působí dojmem poškozených či

dokonce zrušených. V chování člověka se schizofrenií vystupuje **neschopnost orientovat se v čase a prostoru, chování svědčí o neustále přerušované souvislosti**. Projevuje se u něj nemožnost přesáhnout okamžik, v němž je zabrzděn, **neschopnost navázat kontakt se světem druhých lidí** nebo s minulostí či budoucností. Vědomí nemocného může být zakalené, zúžené a fragmentární.

Deficit těchto funkcí je však současně nahrazen mnoha dalšími elementárními funkcemi, které jsou často o to silnější a prudší, oč na síle ztratily fenomény výše zmíněné. Mohou být zdůrazněna puzení k opakování. Vnitřní řeč může zaplavit celou výrazovou oblast jedince, který pak vede polohlasem sám k sobě trhaný, nesouvislý, nikomu neadresovaný monolog. Chvillemi může docházet k prudkým emocionálním reakcím. (Foucault, 1997) **Nemoc tedy určité věci stírá, ale jiné zdůrazňuje**. Nezpůsobuje pouze deficit, ale způsobuje i nástup nových funkcí a jiných aktivit, které zaplní vyprázdňená místa po poškozených či zrušených funkcích.

Syřišťová (1973) uvádí, že schizofrenní onemocnění je sice v příznacích zdánlivě identické s jinými obrazy psychotických nemocí, avšak kvalitou se odlišuje zejména v tom, že tato **nemoc má význam v souvislosti s historií osobnosti nemocného a že má určitou životní funkci** (podobně jako vnímání, řeč a myšlení u normálních lidí). Má také obsahovou kontinuitu, logiku vývoje, která spojuje jednotlivé příznaky do jednotného obrazu, a to i přes celkovou dezintegraci psychické aktivity.

Důležitým specifikem tohoto onemocnění je, že se vyznačuje až pozoruhodnou **koexistencí psychotického a zdravého psychického života**. Autoři v této souvislosti souhlasně mluví o tzv. dvojím účtování, či podvojném účetnictví. Nemocní sice mají množství halucinací, bludů, iluzí, poruchy paměti či poruchy výbavnosti, ale většinou není obtížné zjistit, že zároveň probíhá i zdravé vnímání či vzpomínání. Rovněž když má nemocný poruchy myšlení a usuzování, zůstává zároveň zachované i zdravé usuzování a myšlení.

Pro schizofrenii je příznačná velká pestrost příznaků. Vyskytují se poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy jazyka a řeči, poruchy motorických funkcí, poruchy kognitivních funkcí. Kromě těchto tzv.

pozitivních příznaků musí být přítomny také příznaky negativní, jako např. oploštělá emotivita, abulie, sociální stažení, ochuzení řeči. Současně s přítomností těchto příznaků musí být přítomná u pacienta závažná dysfunkce v sociálních vztazích, např. selhávání v pracovní oblasti, v mezilidských vztazích nebo v péči o vlastní osobu. Třetí důležitou podmínkou opravňující k diagnóze schizofrenie je dostatečná doba trvání. (Přesné diagnostické vymezení není předmětem našeho zájmu, proto v případě podrobnějšího zájmu o přesná diagnostická kritéria schizofrenie odkazujeme např. na Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi)

Všechny výše uvedené příznaky se však nemusí nutně vyskytovat u každého nemocného schizofrenií. Pro diagnózu je požadován výskyt pouze definovaného počtu příznaků. Proto je ***klinický obraz schizofrenie velmi různorodý***. Někdy z toho důvodu slýcháme o schizofreniích, neboť v množném čísle je vyjádřen právě důraz na uvedenou rozmanitost. Já se nicméně chci přidržet označení nemoci v jednotném čísle, čímž chci vyjádřit náš důraz na to, že i přes rozmanitost jde stále o onemocnění, které se vyznačuje podobnou změnou ve v projevech osobnosti a chování.

2.2.3. Pozitivní a negativní příznaky

Jak uvádějí Höschl, Libiger, Švestka (2002), teoretický koncept pozitivních a negativních příznaků vznikl v 80. letech 19. století. Mají na tom podíl T. Crow a N. Andreasenová. T. Crow navrhoval rozdělit schizofrenii do dvou klinicky významných typů podle převažující přítomnosti pozitivních či negativních symptomů. Domníval se, že převážení jednoho typu symptomů nad druhými způsobují odlišné poruchy v mozku. N. Andreasenová rovněž rozlišovala pozitivní a negativní symptomy, zavedla též kategorii smíšené formy schizofrenie, kdy jsou zhruba stejně přítomné jak pozitivní, tak i negativní příznaky. Sestavila rovněž škály na měření pozitivních a negativních příznaků.

John Hughlings Jackson v téže době navrhuje, že je třeba tyto symptomy chápat v rámci inhibičních procesů. Floridní pozitivní příznaky

chápe jako manifestující se projev patologické desinhibice korových funkcí a normální psychika je neobsahuje, jsou tedy něco navíc. Negativní příznaky reprezentují generalizovanou ztrátu funkcí, normální psychika je o ně „ochuzená“. (Motlová, Koukolík, 2005)

Na pozitivní a negativní příznaky můžeme podobně pohlížet i v rámci Foucaltova (1997) výkladu psychotického onemocnění. Ten mluví o současném potlačování i stupňování zároveň. ***Dochází současně k útlumu některých funkcí osobnosti (negativní symptomy) a k vzestupu intenzity funkcí jiných (pozitivní symptomy)***. Mezi pozitivní symptomy jsou obecně řazeny halucinace, bludy, dezorganizace v řeči, bizarní chování. Negativní symptomy reprezentuje alogie, emoční oploštění, anhedonie, abulie.

Další způsob nazírání na tuto problematiku uvádí Libiger (1991). Říká, že reakce na psychotický prožitek může být na různých úrovních různě intenzivní. Může ústít do převahy negativních příznaků, kdy se nemocný snaží situaci zvládnout redukcí komunikace s okolním světem. Stejně tak může vést k převaze pozitivních, tzv. produktivních příznaků, kdy jde spíše o aktivní překonání skutečnosti.

2.2.4. Vnímání

Poruchy vnímání hrají u schizofrenie důležitou úlohu a vyskytují se vždy při plném vědomí. Vnímání může být porušeno v důsledku iluzí, pseudohalucinací i halucinací.

Podle Motlové a Koukolíka (2005) jsou nejčastější ***sluchové halucinace***, vyskytují se asi u 50% nemocných. ***Zrakové halucinace*** se vyskytují méně často (asi u 15% nemocných) a ***taktilní halucinace*** se vyskytují pouze asi u 5% nemocných.

Sluchové halucinace popisují pacienti jako hlasy, jejichž obsah je většinou nepříjemný. Mezi schizofrenní příznaky nepatří občasné zaslechnutí vlastního jména či jiného zvuku (např. zazvonění telefonu), nebo hypnagogické a hypnopompní halucinace.

V psychóze mohou lidé typicky slyšet jeden nebo více hlasů, které k nim promlouvají nebo komentují, co dělá. Tyto hlasy neslyší nikdo jiný, ale jsou víceméně zřetelné. Hlasy nadávají, hrozí, utěšují, kritizují jako „hlasy svědomí“, nebo mohou hovořit pravý opak toho, co pacient právě chce nebo co si myslí.

Hlasy přicházejí z různých míst – ze stěn, ze vzduchu, od sousedů, nebo shora atd. Často se hlasy ztiší nebo úplně zmizí, když člověk vede uvolněný rozhovor s druhými lidmi nebo když dělá nějakou uspokojující aktivitu. Naopak se často zesilují v náročné či nepříjemné sociální situaci nebo při napjaté náladě. Hlasy mohou být rušivé a zatěžující, mohou narušovat pozornost nebo rozhovor. Jednotlivé hlasy však mohou být vnímány jako příjemné, jiné jako poselství, jiné jsou rozkazem a také mohou být vnímány jako imaginární partneři v rozhovoru. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Nemocný může slyšet i své myšlenky jako zvenku vnímané hlasy, slyší je nahlas ve své hlavě. Termínem ozvučené myšlenky nazýváme stav, kdy nemocný slyší okamžitě nahlas vyslovené to, na co momentálně myslí.

Zrakové halucinace bývají zvláště v akutních začátcích velmi časté a živé, jinak se vyskytují zřídka. Vyskytují se i neobvyklé zážitky spočívající v distorzi vnímání skutečného objektu. Výsledný prožitek při tom neodpovídá normální kvalitě vjemu. Může být menší velikosti, nebo větší velikosti, anebo se objekt může jevit jako více či méně známý a reálný. (Motlová, Koukolík, 2005)

Zrakové halucinace jsou v chronických stavech řídké. Když se vyskytují, jsou většinou izolované a nesouvislé – hlava, anděl, najednou se vynoří odněkud ruka atd. (Hašto, 1989) V akutních stavech mohou být komplexnější, nemocný může vidět nejen barvy, různé tvary, ale i osoby a celé barvitě scény. Tyto halucinace se objevují nejčastěji v souvislosti s náboženskými představami (www.psychozy.cz).

Taktilní halucinace se u schizofrenií vyskytují téměř výhradně v kombinaci s tělovými halucinacemi, jako částečný projev komplikovaného vnímání a bytí. Tělové halucinace jsou velmi rozmanité – pacienti se cítí být bití, popálení, bodaní, cítí, že se jim zmenšily nohy,

přišli o oči, dali jim jednu část těla na jiné místo, cítí, že jejich tělo je stlačované či roztahované, mozek se jim zdá rozervaný, srdce může bít zpomaleně či zrychleně. Často vystupují nejrůznější prožitky sexuálních radostí, ještě častěji však sexuálního obtěžování a nepříjemných a ohavných sexuálních prožitků. (Hašto, 1989) Někteří pacienti vnímají, že některé části těla jim nepatří. Ty mohou být řízeny zvenku nebo se zdají zdeformované, znetvořené, ale i prázdné, provzdušněné proudy, rozehráté nebo elektrizované. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Příležitostně se vyskytují také **čichové a chuťové halucinace**. Čichové i chuťové halucinace mohou být rovněž příjemné i nepříjemné, avšak shodně s ostatními typy halucinací, i zde převažují nepříjemné vjemy. Nejčastěji bývají spojené a bývají součástí bludů. Extrakampinní halucinace jsou nejpříznačnější pro schizofrenní onemocnění, v rámci tohoto onemocnění však nejsou vysoce frekventovány. Jedná se o halucinace, kdy nemocný projikuje halucinovaný vjem mimo dosah svého čidla, např. slyší, co si o něm povídají ve vedlejší domě.

Pacienti mají nejrůznější představy o tom, jak halucinace, které jsou pro ně reálnými vjemy, **vznikají**. Mohou je způsobovat nejrůznější stroje nebo zařízení, mohou být důsledky telepatických vlivů, které na ně působí. (Hašto, 1989) Jakkoli je pro nás zdůvodnění bizarní, pro pacienty samotné se jedná o realitu. **Ne vždy však pacienti hledají vysvětlení vzniku halucinací**. Rovněž tak reakce pacienta na halucinace jsou nejrůznější – některým velmi vadí, ruší je, mohou u nich vyvolávat agresivitu, nadměrnou aktivitu, mohou se pokoušet před nimi utéct, nebo naopak mohou způsobovat klid, pasivitu nebo dokonce stupor.

Názory odborníků na vznik halucinací se různí. Mnoho výkladů vychází z patofyziologie mozku. Jako příklad psychoanalytického výkladu možného vzniku halucinací uvedme výklad Mentzosův (2004). Ten vychází z úzkosti, která je příznačná pro počátek onemocnění. Tuto úzkost může způsobovat přítomnost určitých objektů. Takový objekt se pak stává podnětem provokujícím odpovídající protiopatření, které může být i agresivní. Zůstávat však v tomto negativním prožívání – v úzkosti či často radikálních reakcích na ní – mívá velmi neblahé následky. Nakonec dochází k vyloučení nejen vnějšího objektu, ale i intrapsyckého, a tím

i části vlastního self, které je s vnějším objektem úzce spojeno. Prázdnota po odloučené části musí být vyplněna produktivní symptomatikou, jež totiž slouží nejen k externalizaci konfliktu, nýbrž i k odvrácení této prázdnoty. Externalizované části self a vnitřní objekty se pak vrací jako např. hlasy.

Někde na pomezí poruch vnímání a poruch myšlení se u nemocného schizofrenií vyskytují často prožívané pocity, že myšlenky mu nepatří a že je mohou druzí slyšet. Někdy také cítí, že jeho myšlenky jsou odposlouchávané. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

2.2.5. Myšlení

Myšlení nemocného schizofrenií je často **nejasné**, někdy **roztříštěné**, až **nesrozumitelné**. *V myšlení se zrcadlí jeho pohlcení vlastním světem*, světem představ, který je mu daleko bližší než skutečný svět. Takto porušené není ale myšlení jako celek. **Zároveň vedle sebe probíhá jako chorobné myšlení, tak často skryté zdravé myšlení.**

Závažnost poruchy myšlení může být různá. V těch nejtěžších případech už nerozumíme, co se nám schizofrenik snaží sdělit. V lehčích případech na nás schizofrenní myšlení působí jako nejasné, zvláštní, bizarní nebo šroubované. (Hašto, 1989)

Nemocní používají někdy jinou, pro nás rozporuplnou logiku, aby mohli vyjádřit své odlišné prožívání. **Lidé se schizofrenií jsou často vlastně přecitlivělí, případně mají nadměrně aktivovanou pozornost. To nepříznivě ovlivňuje jejich proces myšlení.** (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Hašto (1989) uvádí, že když začneme zjišťovat příčiny, proč nám pacientův **způsob myšlení nedává žádný smysl, narazíme často na nedostatek souvislostí mezi jednotlivými články myšlenkového řetězu.** Narazíme na nedostatečnou souvislost jeho usuzování se situací. Avšak není to jen chybějící souvislost. Často je souvislost mezi jednotlivými představami neobvyklá. Zdá se, jako by byla oslabena normální spojení, které drží běžně myšlenky pohromadě v logické souvislosti. V důsledku

těchto oslabení pak na jejich místo může vstoupit jakákoli jiná souvislost. Vlastně i jednotlivé pojmy jsou koncipované nově, pro ostatní lidi nezvykle a nesrozumitelně.

Myšlení může být narušeno v mnoha směrech. Může se jednat jednak o poruchu formy myšlení, struktury myšlení, nebo obsahu myšlení, přičemž se schizofrenním onemocněním se může spojovat kterákoli z těchto poruch. Může nastat útlum myšlení až myšlenkové zárazy, nebo naopak zrychlené myšlení, někdy vystupňované až v myšlenkový trysk. Myšlení se může stát ulpívavým, nevýpravným, zabíhavým, paralogickým čili dyslogickým až alogickým, nesouvislým čili inkoherentním, ale také vtíravým, ovládatým, katatymním, autistickým, magickým, vztahovačným, tangenciálním, myšlení se může stát i obsahově chudým. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Pokud se jedná o poruchu obsahu myšlení, pak mluvíme o bludu či bludech. ***Bludem nazýváme nevývratné přesvědčení, které je založené na nesprávném vysouzení určitých závěrů z reality a je ve své celistvosti chybné a nereálné.*** Blud má velký vliv na jednání jedince. Existence bludných přesvědčení se u schizofrenií vyskytuje velmi často, i když jako ostatní příznaky nejsou pro schizofrenii vysoce specifické, tedy vyskytující se pouze u této nemoci.

Blud je tedy projevem změny kontaktu se skutečností v oblasti myšlení. Může začínat jako neurčitý pocit, že něco není v pořádku, nebo něco je prostě jinak. Později se už může objevit porozumění tomu, jak všechny podivnosti spolu souvisejí. Tyto vyvozené souvislosti se však nezakládají na realitě a jsou chybně vysouzené. Není to reálná skutečnost, ale klient to ve své psychóze za nezvratnou skutečnost a pravdu považuje. (Praško, Bareš, Horáček, Seifertová, Šípek, 2001)

Bludná přesvědčení mohou být nejrůznějšího charakteru. Může se jednat o bludy expanzivní (např. megalomanické, extrapotenční, inventorní, religiózní), o bludy depresivní (např. autoakuzační, insuficienční, mikromanické, hypochondrické, dysmorfobické), nebo o bludy paranoidní (např. perzekuční, vztahovačné). (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Výraznou charakteristikou schizofrenního myšlení je nemožnost nebo neschopnost stanovit mez v procesu myšlení, rozhodování a jednání. ***Nemožnost učinit závěr, protože před tímto závěrem se nabízí nekonečné množství jiných závěrů.*** Neschopnost volit určitou alternativu, protože vedle této alternativy se nabízí množství jiných alternativ. Neschopnost učinit krok, protože mimo tento akt je možné učinit celou řadu jiných rovnocenných aktů. Tato neschopnost stanovit mez se nazývá zenonovský syndrom. ***Schizofrenní myšlení pojímá všechny relace, jako by byly rovnocenné. Schizofrenik není schopen definovat a ohraničit sémantické pole, ve kterém se pohybuje.*** (Syřišťová, 1973)

2.2.6. Řeč a písmo

U schizofrenie nemůžeme mluvit o poruchách řeči a písma či psaného projevu ve smyslu afázie či agrafie. Pokud u tohoto onemocnění mluvíme o poruchách řeči a písma, máme na mysli ***narušenou verbální a psanou komunikaci.*** Řeč a písmo odráží stav myšlení a také změněný vztah k druhým lidem.

Roztříštěná řeč velmi často vzniká, když vnitřní rozpoložení pacienta znemožňuje běžné vyjadřování se, nebo když se toto stává nežádoucí. Může se to stát za různých okolností. Vnitřní rozpoložení může být tak mimořádné, že ***běžná slova to nedokáží vyjádřit.*** Pacient může být také tak zoufalý nebo jinak výrazně emočně vyladěný, že podobně jako v stuporu ***nenachází vhodné pojmy.*** Může se mu jevit jeho vnitřní lidskost tak zahanbující nebo tak ohrožující, že ji ***nesmí jasně vyjádřit.*** Někdy se sám stáhl do světa, ve kterém realita přestává být zajímavá a ve kterém si začíná budovat svět, který odpovídá jeho vlastní bytosti, k čemuž potřebuje symbolické roztříštěné myšlení. (Hašto, 1989)

Na stav myšlení usuzujeme podle dezorganizace řeči, mluvíme zde o formální poruše myšlení. Zjišťujeme například ztrátu asociací a tangencialitu myšlení, což se projevuje neschopností udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov

nebo frází, a paralogie. Inkoherentní myšlení se projevuje tím, že sdělované postrádá gramatické vazby, extrémní podobou je pak slovní salát a neologismy. Nedostatečné nabídce myšlenek odpovídá chudost řeči, mohou se vyskytovat i zárazy. (Motlová, Koukolík, 2005)

2.2.7. Prožívání

Podle Hašta (1989) působí svou afektivitou v běžném kontaktu schizofrenní pacienti nepřiměřeně realitě. *Jsou citově chladní, nebo naopak podráždění a celkově dráždiví.* Často působí navenek ve svých emočních projevech tupým a nepřirozeným dojmem. *Uvnitř své osobnosti však mají bohatý citový život. Ten ale nesouvisí s reálným světem, spíše s jejich vlastním světem představ.* Může být proto velmi obtížné vcítit se do často rozporuplných emocí příznačných pro psychotické prožívání.

Motlová a Koukolík (2005) se zabývají četností výskytu poruchy emocí při schizofrenii. Plochý afekt se vyskytuje u 50% akutních nebo chronických stavů. Jde o malý počet expresivních gest, nedostatečně modulovaný hlas, snížení spontánních pohybů, chabý oční kontakt, afektivní nezúčastněnost, zpomalenou řeč a dlouhé latence odpovědí.

Ve všeobecnosti je velmi tedy emoční oploštělost častým a jistým příznakem nemoci. *Chybí jemně odstupňované prožívání, různorodá mimika* a další podobné afektivní projevy, které můžeme pozorovat u zdravých osob. Za žádných okolností však není afektivita úplně vyhaslá. Stále však současně s živými afektivními reakcemi můžeme pozorovat, že mnoho projevů chování má spíše lhostejný charakter. Tato popisovaná lhostejnost se nejčastěji vyskytuje u životně zásadních otázek týkajících se životních cílů a zájmů, plánů do budoucnosti, života uvnitř rodiny a kruhu blízkých osob apod. Když poznáme dobře pacienta se schizofrenií, zjistíme, že ve stavu, který na první pohled vypadá jako emoční vyhasnutí, je poměrně bohatý emoční život. (Hašto, 1989)

Lidé se schizofrenií jsou také často vlastně přecitlivělí, mívají nadměrně aktivovanou pozornost. Reagují živě i na drobné a okrajové

podněty. Mohou být rozmarní, ale i nadměrně nespokojení s čímkoli, téměř vše se jim nelíbí, ke všemu mají výhrady.

Pocity se stávají tajemnými, neskutečnými, někdy pacienti mluví o pocitu, že jsou „jako bez života“. I city mohou být pocíťované jako ovládané zvenku. (Hell, Fisher-Felten, 1997) Mění se celé emocionální prožívání, které přestává odpovídat reálné situaci, ve které se člověk nachází. Nejruznější pocity mohou být prožívané bez důvodu. Někdy si naopak pacienti stěžují, že *ztratili schopnost vůbec něco cítit* nebo prožívat. (Praško, Bareš, Horáček, Seifertová, Šípek, 2001)

V důsledku patologicky zvýšené emotivní dráždivosti reaguje schizofrenik na abnormní množství podnětů, a to i na ty, které jsou pro normálního člověka podprahové. V důsledku zvyšující se úzkosti dochází ke generalizaci podnětových situací, které jsou spojovány s událostmi původně vzbuzujícími úzkost, na řadu dalších neutrálních podnětů. Schopnost správně rozlišovat mezi neutrálními a úzkost vzbuzujícími podněty se snižuje, rozšiřuje se okruh patogenních podnětů v důsledku generalizace úzkostných reakcí. Poněvadž jsou nemocní schizofrenií zvýšeně citliví k podnětům, které jsou pro normální osoby podprahové, mohou se i jednoduché životní situace stát komplikovanými nebo neřešitelnými. *Emotivní tupost, ale i hypobulie a ztráta iniciativy, mohou odeznít takřka okamžitě, podaří-li se nám vzbudit zájem pacienta o určitý, pro jeho emoce a potřeby přitažlivý cíl a zrušit jeho pocit osamocení obnovením sociální komunikace.* (Syřišťová, 1973)

2.2.8. Kontakt s realitou

Lidé se schizofrenií *ztrácejí kontakt s realitou. Žijí ve vymyšleném světě s různými přáními a myšlenkami.* Foucalt (1997) uvádí, že vnímání skutečnosti je porušeno *zkresleným vnímáním času a prostoru, rovněž vnímání a prožívání sociálního okolí je změněné.* Nemocný se cítí být „cizincem“. Pro schizofrenií prožívání platí obdobně to, co řekl

Herakleitos o spánku a spících: Bdící mají jeden společný svět, ale spící se obracejí každý do svého vlastního.

Hell a Fisher-Felten (1997) citují Bleuera, který vidí jeden z nejdůležitějších symptomů schizofrenie v převažování vnitřního života s aktivním odvracením se od vnějšího světa. Těžké případy se úplně stahují, žijí jakoby reálný sen.

Člověk v nemoci nedokáže odlišit, co skutečně je a co není.

V psychóze se vzpomínky a fantazie nemocného jedince promítají do reality všude kolem. Zvláštní vnímání světa a situací, do kterých se v psychóze můžeme dostat, nejsou však něčím, co by vytvářela jenom nemoc samotná. Nacházejí se v duši každého člověka. U zdravých lidí je tomu tak ve snech, kdy se také odehrávají podivné situace a příběhy. Ve snu jsme stejně jako v psychóze obvykle ve středu dění, jsme v nich jak aktéři, tak zároveň také děj sledujeme. Rozdílné od psychózy je, že si uvědomujeme, že se jednalo o sen. Psychotik však toto vše prožívá v bdělém stavu a považuje to za realitu. Psychotický člověk si ve svém nitru vytváří svět velmi odlišný od většinového vnímání světa. A protože jeho okolí a on vidí svět velmi odlišně, je nesnadné si vzájemně porozumět a domluvit se. (Praško, Bareš, Horáček, Seifertová, Šípek, 2001)

Ve schizofrenním prožívání přestávají téměř existovat nějaké neutrální události, které by neměly souvislost s vlastní osobou. ***Co se děje, souvisí hlavně se subjektem.*** Mnohé se jeví jako důležité, dopředu dané, bezčasové, jako v nějakém obraze, ve kterém všechno navzájem souvisí a pozorovatel je v centru všeho. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Ať je organizace, kterou schizofrenik strukturuje svůj svět, sebenížšího a prostšího řádu, přece ji nelze opomíjet. ***Rozdrolený svět, který popisuje, odpovídá jeho roztržitému vědomí.*** Čas bez budoucnosti a minulosti, v němž žije, je odrazem jeho neschopnosti rozvrhovat cokoli do budoucnosti a poznávat se v minulosti. (Foucault, 1997)

Chápání skutečnosti je změněné. Jak se mění zážitky, tak přiměřeně jim hledají pacienti jejich vysvětlení. Cítí se sami být pronásledováni, manipulováni, hypnotizováni nebo otravováni. To, co pacienti před onemocněním lehce zvládali, jim teď jde jen s námahou,

potřebují přestávky na zotavení. Nemají již k dispozici rutinní myšlenkové pochody, chování, řešení problémů. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

2.2.9. Vnímání Já a vztahovost

Hell a Fisher-Felten (1997) zmiňují, že samotné prožívání změny mezi každodenním a psychotickým prožíváním bývá různé. Může vzbuzovat napětí, úzkost a zmatek, pocit ztrácení kontroly nad sebou. Nebo může být prožíváno jako znepokojující. Změna může být také vítána jako únik od každodenních problémů.

Zdravý člověk má za samozřejmé, že jeho tělesné a psychické já je spojené. Svě tělo prožívá jako vlastní, ohraničené v prostoru, trvajícím v čase, stejně prožívá i své myšlenky, city, emoce, charakter a další součásti jeho celistvého já. Toto celistvé já je přiměřeně propojené s okolním světem – souvisí s ním a přesto je od něj oddělené. Je pro něj samozřejmé, že je odlišný od druhých lidí. Může svými smysly vnímat okolí reálně. Jeho já je tedy ohraničené, vnitřně integrované a člověk o něm má odpovídající představu.

Kalina (1987) říká, že na rozdíl od výše uvedených samozřejmých charakteristik *celistvého já* u zdravého člověka jsou tyto samozřejmosti *v psychóze rozbité. Jednotlivé systémy se oddělují a vztahy mezi nimi se porušují. Tělesné já se může odloučit od psychického, může být prožíváno jako nevlastní, neskutečné, jako věc. Nemocný se může cítit odtržený od okolního světa, který se zdá cizí a vzdálený. Může být problém domluvit se s druhými lidmi. Nemocný schizofrenií také ztrácí svou totožnost, identitu, jeho ohraničenost a integrita se narušuje.*

Když se v nemocném mobilizují poslední síly k obraně, snaží se vnést do chaosu v sobě nové uspořádání. Kalina (1987) dále uvádí, že ohraničení jednotlivých systémů se obnovuje, ale nové hranice jsou nepřesné, zkreslené a křehké. Ohraničení je propustné pro nejrůznější myšlenky, představy, city, vjemy, které by u zdravého jedince zůstávaly mimo jeho osobnost. Může se však naopak stát, že nemocný se pevně

uzavře před světem, vytvoří kolem sebe nepropustnou hranici, pod kterou může prožívat své fantazie.

Pro jedince se schizofrenií je téměř vždy bolestivé, když skutečnost, jak ji oni prožívají, se srazí se skutečností druhých lidí. Trpí tím, že je druzí nechápou, odstrkují, zraňují nebo odmítají. Cítí se od druhých oddělení jakoby stěnou, kontakt s druhými je nemožný. Osamělost a neporozumění od druhých se odráží v jejich náladě. Cítí se někdy zpochybnění nebo dokonce osobně ohrožení. ***Soustavné napětí nakonec vede k únavě.*** (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Vše ztrácí své hranice: já, self, osoba, druhý, svět. Člověk v psychóze působí na druhé dojmem zrušených hranic, avšak zároveň mnohem ostřeji hranice vnímá. Je současně velmi zranitelný i velmi zraňující. Často se snaží v nemoci smazat, někdy i násilím zbořit hranice, které sám vystavěl. Má potíže sám říci, kdo vlastně ve skutečnosti je. (Dörner, Plog, 1999)

Schizofrenie začíná velmi často nejasnými pocity ztráty nebo ochromení vlastního já. Na počátku onemocnění bývá často silná úzkost a pocit bezmoci. ***Pocit depersonalizace je určitým obranným mechanismem, který nemocnému v kritické situaci umožňuje neúnosné subjektivní prožitky odsunout do neosobního vnějšího světa.*** Jsou promítnuty mimo osobnost a stávají se tím objektivními silami působícími mimo volní a vědomé rozhodování subjektu. (Syřišťová, 1973)

Člověk se cítí současně bezmocný a všemocný. Bezmocný ve smyslu, že vše kolem se děje samo a nemocný s tím nemůže nic dělat. Zároveň se však druzí lidé chovají tak, jak si nemocný představuje, plní jeho myšlenky. Pacient cítí, že má tajemnou moc a je vykonavatelem něčeho. Má také vnitřní pocit „řízeného“. To, co cítí a myslí, mu připadá cizí, jako by myslel a jednal někdo cizí. Sebepozorování nezaniká, i když je přítomný pocit, že vnitřní život ovládá někdo cizí. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Podle Mentzose (2004) má pacient nejenom strach ze ztráty self (ve vztahu), ale také má strach (v případě systematického vyhýbání se vztahům), že se musí navždy vzdát touhy po sjednocení a splnutí. ***Obává se tedy nejenom přílišné blízkosti, ale i přílišné distance.***

Nemocní mají často *velké potíže ve vztazích k druhým lidem*. Obvykle mají pouze málo interpersonálních vztahů. Dörner a Plog (1999) popisují tuto problematickou oblast tak, že nemocní jsou neschopní vztahu k druhému člověku. Podobně jako Mentzos říkají, že tato neschopnost se projevuje jako *rozpolcení ve vztahu k jedné osobě. Zároveň prožívají velmi silnou vazbu i nezáměr*. Extrémní formou ztráty světa a stažení se do sebe se projevuje jako autismus.

Autismus je dalším základním znakem schizofrenie. Jde o přerušení reálného styku osobnosti s vnějším světem. Autismus slouží jako autoregulační mechanismus, který chrání nemocného před úplným rozpadem. *Člověk se uzavře do sebe a vykonstruuje si svůj vlastní svět*, třeba i s intenzivními vztahy a s přesvědčením o vlastní sociální hodnotě, který je neproniknutelný pro objektivně existující stresovou situaci. (Syřišťová, 1973)

2.2.10. Motorika

Dříve v minulosti byly u schizofrenních pacientů časté *katatonní příznaky*. Jsou to projevy motorické strnulosti nebo naopak motorických výbojů. Nástup antipsychotik, zvláště pak atypických antipsychotik, výrazně snížil výskyt těchto poruch v motorické oblasti. Hledání somatogenních příčin trvalo mnoho desetiletí, avšak nepodařilo se nalézt jasnou souvislost mezi somatickým nálezem a katatonním příznakem. Proto se začaly motorické výboje a strnulost dávat do souvislosti s emočními výboji a emoční strnulostí. (Hašto, 1989)

V souhlasu s předešlým uvádějí i Motlová a Koukolík (2005), že katatonní příznaky nejsou již výrazně typické pro schizofrenii. Zároveň se vyskytují u afektivních i organických poruch. Na pokles katatonních příznaků u schizofrenie upozorňuje i řada publikovaných studií.

Některé katatonní pohyby, postoje a úkony mohou být závislé na vnějších podnětech, jiné nikoliv. Motorická aktivita může být celkově extrémně zvýšená, protipólem je stupor. U schizofrenie se nejčastěji

vyskytují tyto katatonní příznaky: manýrování, stereotypie, povelový automatismus, katalepsie, flexibilitas cerea, grimasování, negativismus, echomatismy, stupor, excitace, raptus. Pro podrobnější informace o jednotlivých katatonních příznacích odkazují např. na Motlovou a Koukolíka (2005), nebo Hašta (1989).

2.2.11. Vůle

Mnoho pacientů má poruchy v oblasti volní, což se následně promítá do oblasti chování. Většina pacientů je hypobulických, a to jak ve smyslu apatie, tak i snížené tenacity vůle. K těmto potížím přistupuje často vrtkavá svéhlavost. (Hašto, 1989)

Zároveň s přítomnou hypobulií mohou být však určité cíle sledovány s velkou, většinou nadměrnou energií. V těchto případech mluvíme o hyperbulii. Hašto (1989) uvádí, že hyperbulie se projevuje například v překonávání bolesti při sebepoškozování.

Typické pro pacienty se schizofrenií je **vnitřní rozštěpení vůle**. **Pacienti zároveň něco chtějí, po něčem touží, ale také chtějí protiklad, opak.** V jiných případech prožívají ve svém volním úsilí ambivalenci, kdy něco chtějí i nechtějí současně.

S touto oblastí potíží souvisí i prožívání typické pro schizofrenní pacienty již výše uvedené, totiž, že se cítí být ovládáni a řízeni někým cizím, jinou osobou. Mohou se cítit hypnotizováni, ovládaní či zvenku řízení.

Podle Hašta (1989) se nejen poruchy vůle, ale také poruchy afektivity a myšlení promítají do oblasti chování jedince. Ve valné většině případů nacházíme u pacientů nedostatečnou motivaci u jednotlivých činů a jednání, ale také u celkového postoje k životu.

Téměř vždy se porucha vůle k nějaké zacílené činnosti iniciované jedincem vyskytuje, je-li motivace zdánlivá či domnělá nebo je-li jedinec neschopen dokončit své jednání. Jedinec může být například poměrně

neschopný nalézt v sobě dostatečné zdroje k udržení minimálních zásad osobní hygieny. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

2.3. Teorie vzniku psychózy

2.3.1. Přehled teorií

Psychózy všeobecně, zejména pak schizofrenie, jsou ve svých projevech i vzniku natolik multidimenzionální a různorodé, že nelze jejich příčinu vysvětlit jednoduchým kauzálním popisem. Stejně tak je komplikovaný pro jednoduché vysvětlení i průběh psychózy, kterému se budeme věnovat v následující kapitole.

Při vzniku psychotického procesu se s největší pravděpodobností jedná o *multifaktoriální podmíněnost, kdy působí vzájemně spjaté vrozené, somatické, psychogenní i sociální faktory*. Nemůžeme identifikovat jednu příčinu či malý definovaný počet příčin vzniku všech schizofrenních onemocnění.

Chci tak zdůraznit skutečnost, že každá z teorií vzniku schizofrenie, potažmo psychózy, má omezené působení a vždy nalezneme výjimky, pro které určitá teorie neplatí. S největší pravděpodobností každá z teorií vzniku psychózy více či méně úspěšně vysvětluje závažné faktory, které spolupůsobí při vzniku onemocnění, avšak plně je samostatně nevysvětluje.

V této kapitole se budu nejprve věnovat biologickým teoriím vzniku schizofrenie. V jejich terminologii i výkladu těžko nalezneme způsob, jak by mohl Přístup zaměřený na člověka, v rámci něhož chci uvažovat nad psychoterapií schizofrenie, přispět k léčbě faktorů uvedených v těchto teoriích. Proto se těmto teoriím budu věnovat pouze přehledově a zájemce odkazuji na literaturu. V dalších částech této kapitoly se pak zaměřím na psychosociální teorie vzniku schizofrenie. Ty proberu podrobněji než teorie biologické, a to tak, abych si připravila terminologické a výkladové zázemí pro své následující úvahy.

Základní přehled nejdůležitějších faktorů, které jsou považovány za spoluzodpovědné za vznik schizofrenie, uvádějí Coleman, Butcher, Carson (1980). Odpovědnost za rozvoj schizofrenie je s různým důrazem přisuzována biologickým faktorům, které zahrnují dědičnost a nejrůznější biochemické a neurofyziologické procesy, psychosociálním faktorům, které zahrnují chybné učení, patologické interpersonální a rodinné vzorce chování, dekompenzaci vlivem nadměrného stresu.

Motlová a Koukolík (2005) se zabývají převážně biologickými faktory, které se uplatňují při rozvoji schizofrenie. V této souvislosti uvádějí vlivy genetické a vlivy zevního prostředí. Dále se na rozvoji nemoci podílí též narušení některých chemických pochodů.

Genetické vlivy byly zkoumány zvláště studii dvojčat, přičemž byl zjištěn vyšší výskyt schizofrenního onemocnění u jednovaječných dvojčat oproti dvouvaječným.

Z vlivů zevního prostředí byl výzkumně zkoumán např. vliv data narození, místa narození, perinatálních a perinatálních komplikací, vliv infekcí, nutriční faktory, věk otce, časný psychosociální stres, psychosociální stres v dětství, sociální původ a užívání návykových látek. Bylo například zjištěno, že se pacienti se schizofrenií statisticky významně častěji rodili v zimě a žijí v hustě obydlených místech. (Motlová, 2002)

Evoluční hypotéza vzniku schizofrenie říká, že schizofrenie se objevuje „jako manifestace genetické souvislosti spjaté s jazykem... Jazyk vznikl genetickou mutací, která umožnila mozgovým hemisférám specializaci, lateralizaci. Výsledkem jsou mozkové asymetrie. Jedinci se schizofrenií však mají těchto asymetrií méně ...a tento nálezn může být interpretován jako zpoždění nebo neschopnost ustavit dominanci hemisfér pro jazyk.“ (Motlová, Koukolík 2005, s.113)

Biochemické teorie (např. dopaminová) předpokládají poruchu rovnováhy mezi přenašeči nervových vzruchů - neurotransmitery. Dopaminová teorie vznikla na podkladě schopnosti neuroleptik zklidnit psychotickou symptomatologii a spojila schizofrenní symptomatiku s nadměrnou aktivitou dopaminového neuropřenosu v mozku. Výzkumníci hledali rovněž vysvětlení schizofrenie v oblasti neuroanatomie a změn morfologie mozku. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

Jak jsem již uvedla výše, na vzniku schizofrenie se může podílet i množství psychosociálních faktorů. Jako zvláště relevantní pro rozvoj schizofrenie se jeví podle Colemana, Butchera a Carsona (1980) následující psychosociální modely: časně psychické trauma a zvýšená vulnerabilita (zranitelnost či náchylnost), patogenní rodinné interakce a interakce rodič-dítě, chybné učení a zvládání (coping), problémy v sociálních rolích a nadměrný stres a dekompenzace.

Syřišťová (1973) uvádí další výklady vzniku schizofrenie, a to ty, které vycházejí z jednotlivých teoretických škol – z psychoanalytických a neoanalytických směrů, z daseinanalýzy a z behaviorálních přístupů. K nim ve výkladu připojím stručný pohled Přístupu zaměřeného na člověka.

Výše uvedenými psychosociálními teoriemi se budu blíže zabývat v následujícím textu.

2.3.2. Rané psychické trauma, stres a zvýšená vulnerabilita

Mnoho výzkumníků klade velký důraz na *existenci raných psychických traumatických zážitků v anamnéze dětí*, které později onemocní schizofrenií. Jako raná psychická traumata byla ve výzkumech zaznamenána zvláště úmrtí rodičů, odmítnutí matkou a umístění v sirotčinci (dnes v dětském domově), poznání o adopci a zároveň neschopnost smířit se s touto skutečností, soužití s mentálně postiženou nebo psychicky nemocnou matkou, která byla často hospitalizována, nebo prožitá sexuální traumata. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Tento model mluví o tom, že takto *zraněné děti jsou náchylné k vytvoření spolehlivých obran*. Coleman, Butcher, Carson (1980) vysvětlují vznik obran tak, že tyto *děti zamaskují a odmítnou zranění, které zažili*, nebo bolest, která je sužuje. *Nabídnou okolí vnější pozlátka sdělující, že jsou v pořádku a normální* jako všichni ostatní. A skutečně na druhé působí jako normální lidé, i když často si u nich můžeme povšimnout málomluvnosti, plachosti a možná i slabé nápadnosti. *Za*

touto fasádou se skrývá intenzivní konflikt, napětí, úzkost a silné pocity rozhořčení, zlosti a nenávisti, často právě vůči těm lidem, ke kterým mohou být vnější vztahy tak bezvadně normální. Toto vše je drženo a skrýváno tak dlouho, jak to jen je možné. Hlavním problémem u lidí nemocných schizofrenií nastal ve chvíli, kdy již nebylo možné kontrolovat prožívané rozhořčení a nenávist, protože zároveň cítili již nesnesitelný smutek a zklamání z toho, co jim přinášel život. To způsobilo prolomení fasády a všechny skrývané pocity se ukázaly v plné síle.

Zraňované děti mají často tendenci vztahovat se k druhým lidem agresivně. Takové děti jsou zvýšeně zranitelné a úzkostné. Jejich životy jsou plné krizí. Autoři však zdůrazňují, že ne všechny děti, které prožily rané psychické trauma, onemocní schizofrenií, a také ne všichni pacienti se schizofrenií mají v anamnéze rané trauma. *Možná důležitější než zkušenost raného psychického traumatu se jeví neustálý zmatek, mystifikace, nestálosti a rozporuplnosti a další na první pohled menší problémy každodenního života.* Tyto všední potíže snáší většinou děti hůře než traumatické zážitky, neboť nejde o abnormalnost zkušeností jako takových, ale o neustálou oscilaci mezi normalitou a abnormalitou. Čím je toto kolísání širší, tím těžší je pro dítě to unést a vyrovnat se s tím. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Když vrozená nebo získaná vulnerabilita existuje současně s působením nepříznivých podmínek prostředí, jako je např. zatěžující rodinná atmosféra, nebo také hyperstimulující sociální prostředí a zatěžující životní události, rozvine se u disponovaného jedince schizofrenie s mnohem větší pravděpodobností. Tuto hypotézu rovněž podporuje zjištění, že vulnerabilní děti jsou mnohem senzitivnější k nepříznivým podmínkám prostředí a častěji se u nich vyvíjejí nejrůznější psychické poruchy, tedy nejen schizofrenie.

Jako nejdůležitější strategie pacientů při zvládnání recidiv onemocnění autoři uvádějí vyhýbání se emočním konfliktům a zátěží a vstupování do takových sociálních kontaktů, ve kterých je malá emoční účast. To rovněž podporuje základní tezi modelu, že mezi stresory mají největší význam právě interpersonální faktory. (Hahlweg, Dose, 2000)

2.3.3. Patogenní rodinné interakce a interakce rodič-dítě

Libiger (1991) uvádí, že tato skupina teorií či modelů v sobě spojuje předpoklady nezbytného vlivu poruch v rodinných vztazích, rolích a komunikačním stylu na vznik schizofrenního onemocnění. Za tímto přesvědčením stáli v počátku autoři jako G. Bateson, T. Lidz, L. C. Wynne, M. T. Singerová a F. Fromm-Reichmannová. Tito nechápou výše uvedené poruchy jako dostačující podmínky pro rozvoj schizofrenie, avšak jsou pro schizofrenii typické.

Již ve 40. letech minulého století popsala Fromm-Reichmannová schizofrenní matku. Uvedla ji jako *hyperprotektivní a ochranný typ matky, která svou nepřiměřenou péčí zužuje životní prostor nezbytný pro zdravý vývoj dítěte*. Tento typ matky rovněž udržuje mezi jí a dítětem symbiotický vztah dlouho do dospělosti jedince-dítěte. Autorka však uvádí, že pro nemocné schizofrenií byly popsány jako typické rovněž matky z opačného pólu, totiž *matky odmítavé, extrémně dominantní a necitlivé*. (Libiger, 1991)

Hašto (1989) však zdůrazňuje, že ne všechny matky schizofreniků lze nazvat schizofrenními matkami, neboť jsou vřelé, milující, oddané a všeobecně dobré matky.

Coleman, Butcher, Carson (1980) mluví o mnoha studiích, které se věnují vlivu schizofrenních matek a otců na rozvoj schizofrenního onemocnění u dítěte. Často prý *v rodinách nemocných probíhá komunikace, která je označována jako dvojná vazba*. Je to termín zavedený Batesonem a znamená, že např. matka se jeví verbálně jako přijímající, avšak současně v základu dítě odmítá. Jde o *současnou komunikaci protichůdných obsahů různými komunikačními kanály* (Libiger, 1991). V takové situaci není možné vyhovět. To vede ke ztrátě jistoty a schopnosti předvídat sociální význam svého jednání, což ústí do emoční ambivalence a regrese až k psychotickému autismu.

Lidz identifikoval další ze schizofrenogenních faktorů, a to *porušenou rovnováhu celé rodiny. Manželství* v rodinách, kde je nemocný schizofrenií, *drží pohromadě často povrchně a v rámci snahy*

o udržení vztahů dochází k manipulacím s dětmi. Coleman, Butcher, Carson (1980) uvádějí studii Lidze a jeho spolupracovníků z roku 1959, ve které se jim nepodařilo nalézt rodinu (do výzkumu jich bylo zahrnuto 14), která by byla přijatelně integrovaná.

V 60. letech minulého století přicházejí Wine a Singerová s poznatkem o vlivu narušeného transakčního stylu v rodině schizofreniků. Popisují tzv. *pseudovzájemnost*. To označuje takové uspořádání v rodině, které se navenek jeví jako vzájemné, rozumějící a otevřené, avšak ve skutečnosti tomu tak není. V této souvislosti byla prokázána také *značná rigidita v rodinné struktuře rolí*. To může působit zdánlivě jako přehledné a pod kontrolou, ale pro dítě to znamená omezení možnosti osobního růstu. V těchto rodinách je častá výrazná emoční distance mezi jednotlivými členy, zvláště pak mezi rodiči. Dítě pak zastupuje neúspěšného prostředníka mezi nimi. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Wine a Singerová identifikovali ještě spojení poruchy myšlení u schizofreniků se dvěma *styly myšlení a komunikace v rodině*. Jde o styl amorfní (beztvarý a neupořádaný) a fragmentovaný. *Amorfní vzorec charakterizuje nedostatek v rozlišování, pozornost k pocitům, objektům nebo osobám je málo organizovaná a vágní. Fragmentované myšlení vyžaduje větší diferenciaci, ale menší integraci s nevypočitatelnými a rozvratnými posuny v komunikaci.* (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Podlomená osobní autenticita se také podílí na vzniku schizofrenie. Vzniká v důsledku rozporuplné a protikladné komunikace, která jemně, avšak neustále zraňuje sebepojetí jednoho nebo více členů rodiny. V praxi to může znamenat, že např. otec jednoho bratra chválí a druhého kárá a kritizuje, ať udělá cokoliv. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

2.3.4. Chybné učení a zvládání zátěže

Zdá se, že chybné učení hraje klíčovou roli při schizofrenii, stejně jako u mnoha jiných druhů maladaptivního chování. *Z traumatických raných zkušeností, at' už v rodině, nebo v okolím světě, se dítě může naučit podmíněnému strachu a zranitelnosti, která vede ke vnímání světa jako nebezpečného a hostilního místa.* Možná dokonce důležitější je *chybné učení vyplývající z iracionalit v sociálních interakcích*, kdy se dítě musí vyrovnat s nepřiměřenými a nemožnými očekáváními a požadavky a pozorováními patologických vzorů. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Autoři dále pokračují, že *v důsledku se chybné učení typicky projeví v nedostatečné self-struktuře.* Ta zahrnuje hrubě *nepřesné předpoklady týkající se reality, možností a hodnot, zmatený a neuspořádaný pocit vlastní identity spojený se základními pocity nepřiměřenosti, nejistoty a sebe-podhodnocení, osobnostní nezralost, která je často reprezentovaná přílišnou závislostí na druhých a přílišným zdůrazňováním role hodného chlapce nebo hodné dívky a nedostatek potřebných kompetencí spojených s neefektivním zvládáním rolí.*

Coleman, Butcher, Carson (1980) také mluví o tom, že s chybným učením souvisí i *přehnané užívání obranných mechanismů ega.* Nadměrné používání ego-obran je velmi časté u rozvoje schizofrenního onemocnění. Takové používání obranných mechanismů projekce a přání-naplňující fantazie se dostávají a mohou předcházet iluzím a halucinacím, které nereprezentují jen prolomení organizované percepce a myšlenkových procesů, ale mohou nést i defenzivní význam.

Výše uvedení autoři citují Browna, který upozornil na souvislost nadměrného stresu a psychotické dekompenzace. Zjistil vzestup intenzity životních stresů během období 10 týdnů předcházejících schizofrenní atace. Problémy a nadměrný stres se obvykle týkají blízkých osobních vztahů.

Libiger ve své knize (1991) cituje kanadského psychiatra Camerona, který koncem 30. let minulého století popsal overkonvulzivní,

tedy přespříliš zahlcující myšlení. Opírá se o skutečnost, že schizofrenici mají pojmy širší a pojmové hranice méně ustálené, než je tomu u pojmů u zdravých lidí. Vysvětluje to nadměrným zahlcením psychiky podněty, které nebyly před vstupem dostatečně selektovány a filtrovány, tudíž dochází k nadměrnému rozšíření kontextu smysluplného vnímání. Filtr podnětů je narušen, a proto dochází k poruchám pozornosti a k následnému selhávání v oblasti myšlení, učení atd. ***Nemocný schizofrenií je zaplaven podněty, které není schopen zpracovat.***

Libiger (1991) dále uvádí názory Mednicka, které reprezentují vysvětlování schizofrenních symptomů na základě poruchy na úrovni výstupu (ne vstupu, jak je tomu u Camerona). Ten ***předpokládá u nemocných nadměrnou generalizaci podnětu, který spouští naučenou odpověď.*** To pak zvyšuje pravděpodobnost neadekvátního chování po spouštěcím podnětu či stimulu.

To je několik z teorií, které čerpají argumenty z experimentální psychologie a z teorií učení. Ty nabízejí hypotézy, že schizofrenní symptomatologie je pochopitelná jako důsledek percepčního narušení nebo poruchy na úrovni zpracování informace a chybného učení. Schizofrenie podle těchto teorií znamená narušení zpracování informací. Tento druh teorií však nedokáže vysvětlit širší souvislost vzniku takové poruchy.

2.3.5. Problémy v sociálních rolích

Schizofrenie je svázána s odlišnými reakcemi a odlišným chováním v sociálních rolích. Pacienti selhávají v učení se a přejímání rolí. ***Nevědí, jak se přiměřeně chovat a reagovat v interakci s druhými. Jejich rolové chování je neflexibilní a nechápou rolové chování druhých.***

Laing se zabýval rolovým chováním u schizofreniků ještě hlouběji. Je přesvědčen, že nemocný si tvoří vlastní sociální roli jako ochranu před pro něj destruktivními sociálními očekáváními a požadavky. Zdůrazňuje,

že rozkol vzniká mezi falešným vnějším já a opravdovým vnitřním já. Když již rozkol či rozštěpení přestanou být únosnými, rozvine se v důsledku toho psychotická porucha. (Coleman, Butcher, Carson, 1980)

Za jakousi maskou šílenství jako sociální role zůstává často skutečná osobnost, opravdové vnitřní já. Jak dále Coleman, Butcher, Carson (1980) vysvětlují Lainga, ve skrytém světě, navzdory otevřené roli šílenství, schizofrenní jedinec může v sobě uchovávat nedotčené naděje a aspirace. V tomto ohledu Laing doporučuje se *při léčení méně zaměřovat na odstraňování symptomů a spíše hledat cestu k vzdálenému a často nedostupnému útočisti a napomáhat jedinci znovu nabýt celistvost v osobnosti.*

Dörner a Plog (1999) jsou rovněž přesvědčeni, že schizofrenie je spojena s odlišným chováním i prožíváním vztahů a rolí. Ve vztazích je nemocný velmi zranitelný, obává se přílišné blízkosti, která vyvolává úzkost a následně obrany, často konfliktní. *Nemocní touží po tom být mezi lidmi, ale zároveň nejsou schopni je vedle sebe snést. Přílišné vzdálení se lidem a sociálním kontaktům však vede rovněž k úzkosti.*

2.3.6. Modely psychoanalytické a neoanalytické

V souladu s terminologií psychoanalýzy mluví autoři u vzniku schizofrenie o zásadní roli sexuálních traumat a konfliktů prožitých v různých stadiích dětského vývoje. U neuróz se mluví o regresi libida do anální fáze, kdežto u psychóz má jít o regresi ještě hlubší, o regresi do orálního stadia. Syřišťová (1973) říká, že Freud byl velmi skeptický co se týče terapie psychóz. Byl přesvědčen, že psychóza je vlastně hotová již v raném dětství a že je velmi obtížné, ne-li nemožné takto časně vytěsněný konflikt obnovit, převést jej do vědomé úrovně, odstranit potlačení a odpor a řešit jej na vědomé úrovni.

Jung vyšel z poznatků Freuda, avšak přistoupil k nim částečně kriticky. Byl přesvědčen, že u schizofrenie *jde o produkci snů v bdělém stavu.* Nastává tak narušení běžného vztahu ke skutečnosti a dochází

k výraznému oslabení vědomé psychické aktivity. Schizofrenní proces Jung považuje za obrovský *proces kompenzace, ve kterém se řeší nevyřešený a z vědomí vytěsněný konflikt na regresivní úrovni.*

Cameron, o jehož teorii jsme pojednávali výše, vychází rovněž z psychoanalytických pozic. Jak jej cituje Syřišťová (1973), u psychotika převládají infantilní impulsy, konflikty, fantazie a strachy. Hluboce narušen je u nemocného proces socializace, jenž by jej mohl začlenit do společnosti. Psychotik nedisponuje zralými obrannými mechanismy. Psychotik má potíže odlišit své já od okolí, což podle Camerova pramení v nedořešeném symbiotickém vztahu mezi matkou a dítětem a z nevytvořených hranic já. *Organizace ega je nestálá, labilní, hranice jsou nejasné a neurčité.* V popředí psychotického prožívání vystupuje *neuspokojená potřeba uspokojení a bezpečí*, projevuje se prudkost *erotických i hostilních impulzů a také pocity viny*. Tolerance a výkonnost obranného systému je celkově snížena.

Syřišťová (1973) se rovněž věnuje pojetí Sullivanovu, který definuje psychiatrii jako vědu o interpersonálních vztazích a z toho vychází i při svém výkladu pojetí schizofrenie. Psychopatologické symptomy vykládá jako rozmanité obrany, jimiž se osobnost chrání před úzkostí a vyrovnává se jimi s konfliktovou situací. Tyto obrany jsou z hlediska společnosti neadaptivní. Základní kořeny psychotického onemocnění vidí *ve frustraci potřeby uspokojení a v nedostatečném pocitu bezpečí v mezilidských vztazích.* Pokud již jedinec není schopen zvládnout vnitřní rozporné tendence a napětí, nastupuje místo úzkosti panika a strach. Pacient se pak chrání magickými postupy regresivního typu před nebezpečím a hrozbami, které v sobě skrývá pro něj již zcela nepochopitelný, vzdálený a nepřátelský okolní svět. Vnitřní neřešitelné rozpory projikuje ven a může jim přisoudit charakter úmyslného ubližování. Sullivan je přesvědčen, že schizofrenie je způsobena podobně jako neurózy (u psychóz pouze v závažnější formě) vytěsněním neuspokojených potřeb z vědomí a jejich mimovědomou kompenzací pomocí regresivního způsobu myšlení, cítění i jednání.

2.3.7. Model vycházející z daseinanalýzy

Daseinanalytici vidí nutnost při pohledu na symptom vidět a zkoumat jej jako funkci životní existence jedince v určité situaci. Zdůrazňují také nezbytnost vidět nejen symptomy, ale i celou osobnost v její specifické situaci, roli a historii. Daseinanalytičtí terapeuti se neptají po příčinách schizofrenie, ale po tom, ***jak schizofrenie mění způsob života jedince a jak mění jeho komunikaci se světem.***

Syřišťová (1973) uvádí, že na rozdíl od psychoanalýzy, která hovoří o frustraci libidonálních potřeb nebo frustraci potřeby bezpečí, mluví daseinanalýza o ***neuspokojení potřeby životního smyslu*** a prosazuje termín existenciální frustrace. Základním psychopatogenním zdrojem je ***stav, v němž jedinec ztrácí svou životní roli, hodnotu a v němž převládá pocit prázdnoty a absurdity.*** Schizofrenie se jeví jako zvláštní ***způsob existence, ve kterém převládá samota, izolace, bezvztahovost, odtrženost od reálného dění a ztráta životního smyslu.*** Schizofrenie v pojetí daseinanalýzy je odrazem životní situace, v níž se všechny opěrné body zhroutily, vše se jeví jako zbytečné a každé rozhodnutí vede do slepé uličky (rozhodnutí je nutné a zároveň neproveditelné).

2.3.8. Behaviorální přístup

Behaviorální výklad a terapie psychóz, resp. schizofrenie, vychází z teorie učení. Vychází ze základního předpokladu, že ***psychotické chování je v podstatě naučenou reakcí***, pro níž platí stejné zákonitosti jako pro kterýkoliv jiný naučený vzorec chování. Z toho vyplývá, že podléhá stejným zákonitostem přecvičování a odnaučování.

Syřišťová (1973) říká, že behaviorální teorie jsou zaměřeny především na příznaky nemoci, které považují za nežádoucí ***naučené formy chování, které vznikají spolupůsobením prostředí*** a které mají být změněny. Není zde ambice ani touha poznat příčiny. Výrazné je úsilí

identifikovat vnější příčiny, faktory, podněty a situace způsobující a podporující neadaptivní formy chování.

2.3.9. Model vycházející z PCA

Rogers a jeho spolupracovníci i pokračovatelé směru nehovoří o psychóze jako o diagnostické kategorii, ale jako o duševním stavu. Tento *duševní stav charakterizují stažením se z normálního kontaktu*, ať už z kontaktu s realitou nebo s druhými lidmi. Lambers (in: Mearns, 1994) zastává pohled, že defenzivní reakce, která se projevuje jako narušené a neklidné chování, vzniká pouze v situacích, kdy *je self zasaženo a zraněno novými zkušenostmi a zážitky*. Rogersův pohled na psychózu je velmi podobný. Považuje jí za *stav dezintegrace, která zahrnuje zhroucení neurotických obran* popření a zkreslení *a zároveň rozvoj extrémních druhů obran* jako paranoidního nebo katatonního chování. Potřebě rozvinutí takových extrémních obran rozumí Lambers (in: Mearns, 1994) jako snaze o vyrovnání se s obrovským ohrožením self.

V přístupu zaměřeném na člověka je rovněž zastáván názor, že nejdůležitější je *porozumět duševnímu zdraví a nemoci u konkrétního jedince*, neboť každý jedinec reaguje odlišně na stejný nebo podobný podnět. Rovněž tak *jedinci sdílející stejnou diagnózu téměř určitě nesdílí stejnou strukturu* svých symbolizací v minulosti, své zpracování přítomnosti a vizi do budoucnosti pro své *self*. Proto se také praktici tohoto přístupu domnívají, že terapie specifická pro jednotlivou nemoc je nesmysl. (Mearns, 2004)

2.4. Průběh psychózy

Schizofrenie není onemocnění, které by mělo stejný klinický obraz po celou dobu nemoci. Jde o onemocnění chronické, tedy nevyléčitelné, avšak léčitelné, a to ve smyslu zmírnění průběhu nemoci a snížení závažnosti příznaků. Schizofrenie, stejně jako jiná onemocnění, má svůj charakteristický průběh. Ten, i když je vysoce individuální, můžeme popsat v charakteristických stádiích. Jednotlivá období nemoci se člení na prodromy (přípravné období nemoci), ataky (rozvinutou psychózu), reziduum (vyhasínání) a remisi (období úpravy nemoci).

Průběh nemoci může být velmi rozličný. Zpravidla začíná prodromy, které trvají různě dlouhou dobu, od několika týdnů po několik měsíců. Postupně se rozvine psychóza, ataka nemoci, kdy jsou přítomné výrazné příznaky nemoci. Ataka může rovněž trvat různě dlouhou dobu, často to závisí na tom, zda a kdy byla nasazena léčba antipsychotiky a jak organismus reaguje na jejich účinek. Období odeznívání ataky nazýváme reziduum. Je to období, kdy zůstávají přítomny některé příznaky, někdy pouze ve slabé formě. Reziduum u některých pacientů může zůstat do konce života, u jiných odezní a přechází do remise, což značí úplné vymizení všech příznaků.

Schizofrenie, jak již bylo řečeno, je nemoc chronická, jednotlivá období a stadia nemoci se střídají. Frekvence jednotlivých plných atak je vysoce individuální a závisí na mnoha faktorech. *Na oddálení a prevenci ataky pozitivně působí léčba antipsychotiky, psychoterapie, sociální trénink a trénink kognitivních funkcí a úprava životních podmínek, jako např. vztahů, denního režimu, přiměřené a příliš nezátěžující zapojení do práce apod.*

Subjektivním prožíváním v celém průběhu nemoci, ve všech jejích stádiích, ale i objektivním popisem, co se s nemocným děje z pohledu vnějšího pozorovatele, se zabývalo mnoho odborníků. V této oblasti panuje velká shoda a autoři se ve svých výkladech odlišují většinou pouze terminologií.

Před a na počátku onemocnění či znovupropuknutí nemoci se jedinec *cítí často bez radosti, napjatý, stísněný a mívá narušenou schopnost soustředění*. Může pociťovat výraznější tlak na sebe, cítí se být přetížen a nakonec může mít až pocit horečnatosti, podobně jako před nějakým důležitým rozhodnutím. Velmi charakteristickým bývá *prožívání, jako by se něco dělo, zároveň ale jedinec neví co*. Touží po tom, aby mu okolí vysvětlilo, co se děje. Přirozené události jsou prožívány jako ohrožující, způsobují zvýšené napětí. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Syřišťová (1973) vidí jako nejvýraznější projev při prodromech výraznou *úzkost, která může být plíživá, postupně vzrůstající a prostupující celou osobnost*. Jak úzkost roste a nabírá na síle, ochromuje myšlení, rozhodování a jednání a může postupně zbavovat jedince vlády nad sebou. Narušuje spánek a promlouvá k jedinci v řeči nejrůznějších více či méně jednoznačných a čitelných symbolů. *U kořenů této prostupující úzkosti jsou psychická traumata, nevyřešené konflikty, pocit ohrožení a ztráty bezpečí a napětí z neuspokojených potřeb*.

Nemocný často nežádá v této fázi o pomoc nijak výrazně a pro okolí jednoznačně čitelně. *Jedinec se tak začne více uzavírat do sebe*. To pak o to více, *oč častěji skončí jeho pokus o kontakt s druhými neúspěchem*. Neúspěšný bývá proto, že v časných stádiích nemoci hodnotí okolí jedince jako spíše líného a popudlivého, než nemocného. *Jeho pokusy o kontakt v něm vyvolávají pocit osamocení, utvrzuje se ve vlastní bezmoci a zraňují ho projevy lhostejnosti, někdy dokonce agrese a hostility*. Kontakt s lhostejným a nevraživým okolím zpětně zesiluje jeho úzkost a pocit ohrožení. Úzkost postupně ovládá jeho vnitřní i vnější svět. (Syřišťová, 1973)

V plně rozvinuté nemoci *se okolí jeví jako nepravé*. Nemá své přirozené souvislosti, vypadá jako zaranžované, jako kdyby šlo o nějaké divadelní představení. A nejen okolí, *i sám jedinec si připadá změněný*, cítí se hypnotizovaný nebo telepaticky ovlivňovaný.

Hell a Fisher-Felten (1997) popisují vnímání okolního světa nemocným. *Vše se mu jeví tak, že se ho to osobně týká*, je ve všem osobně zaangażovaný, svět je zinscenován pro něho. Stále méně věcí je bezvýznamných, vše začíná mít nějaký smysl a význam, vše se stává

poselstvím. Média, která jsou zprostředkovateli informací, vysílají někdy zašifrované, jindy otevřené poselství. Tato poselství bývají rovněž osobně zaměřená.

Autoři popisují podrobně i subjektivní prožívání jedince. Ten, pokud není onemocnění těžké, je často schopen udržet si své přizpůsobení navenek. Pod touto fasádou však existuje nové prožívání, které může někdy chvílemi, jindy častěji pronikat i onou přizpůsobivou maskou. ***Soužití s druhými lidmi začíná být velmi obtížné, protože jedinec musí neustále myslet na tolik věcí. Za každou událostí se může skrývat význam, který jedinec musí odhalit. Cítí se nejen bezmocný, ale také všemocný.*** Nemůže ovlivnit celek toho, co se děje, avšak cítí, že má tajemnou moc a je vykonavatelem něčeho.

K tomu se přidává ***naprosto změněné prožívání a vnímání.*** O jednotlivých charakteristickým změnách jsem pojednala výše. Jedinec má pocit, že jej druzí ovládají, čtou mu myšlenky, nebo jim jejich myšlenky nepatří, mohou slyšet různé zvuky i hlasy, mohou cítit, že jim některé části těla nepatří apod. Současně s tím se jedinec zamotává na místě. ***Jako by se zastavil čas. Jako by nebylo možné se v prostoru pohybovat. Situace se jeví jako bezvýchodná.***

Pocit vlastního já se hroutí a jeho ohraničení se stává matným a neurčitým. Prožitek času je vázán na schopnost a možnost žít, na vědomí, že je před námi něco, pro co má smysl existovat. Tak se jedinec ocitá v časoprostorovém vakuu. Přerušuje postupně styk se světem, který je nepřátelský a nepochopitelný. Vztahy v jeho okolí se hroutí. Silné jsou pocity bezúčelnosti, neklidu, stupňující se napětí, narušený spánek, únava. (Syřišťová, 1973)

Každodenní život zvládají jen s námahou. Kontakt s druhými se tak stává velmi obtížným až nemožným. Trpí tím, že je druzí nechápou a nerozumí jim, že je odstrkují, zraňují nebo odmítají. ***Pro nemocné je téměř vždy bolestivé, když se jejich skutečnost srazí se skutečností druhých lidí. Cítí se být od druhých oddělení.*** Osamělost a neporozumění od druhých se odráží v jejich náladě. Cítí se zpochybnění, někdy dokonce osobně ohrožení. (Hell, Fisher-Felten, 1997)

Návrat z psychotického světa zpět ke každodenním prožitkům a běžnému životu je náročný. *Setkání se všední realitou je obtížné. Je namáhavé se opět zorientovat. Jedinec si stále s sebou nese zkušenost s jinou modalitou prožívání. Po odeznění ataky nemoci může cítit jakési mezilidské vákuum. To se někteří snaží překonat tím, že usilují o to projevovat se jako výkonní a zdraví.* Tím se ale přetěžují a ohrožují se relapsem nemoci. Jedinec se musí naučit žít s nemocí, akceptovat ji. Musí se naučit překovávat těžkosti spojené s nemocí. Tehdy, když toto jedinec nezvládá, se může uzavírat ještě více do sebe.

2.5. Rizikové faktory

Jako hlavní škodlivé psychosociální vlivy uvádí Syřišťová (1973) ty, které brzdí a deformují vývoj osobnosti a tím zvyšují riziko psychotického onemocnění. Negativně působí zvláště chronické ohrožení, výrazná deformace nebo absence vazeb v rodině, rodinný rozkol, nedostatek bezpečí a jistoty a uspokojení v sociálních a zvláště osobních vztazích a vazbách, nadměrná symbióza rodiče s dítětem, neschopnost vést dítě k osamostatnění se od rodiny, chronické neřešitelné konfliktové situace, patogenní sociální techniky (např. dvojná vazba, brainwashing, iracionální, destruktivní a paranoidní způsoby myšlení a komunikace v rodině), sociální izolace v nezdravém komunikačním poli a také nemožnost realizovat vlastní možnosti v uzavřené sociální atmosféře.

Wing uvádí (1993), že prostředí, v němž mnohý člověk se schizofrenií žije, často není příznivé. Někteří pacienti, kteří mají málo příznaků, když žijí v chráněném prostředí, brzy recidivují pozitivními příznaky, když jsou vystaveni rehabilitačnímu programu, který po nich požaduje příliš mnoho. Nepříznivé životní podmínky nebo hostilní a rušivé emocionální prostředí může mít stejný efekt. A naopak, sociální prostředí postrádající sociální očekávání a možnosti procvičování dovedností pravděpodobně zesílí sklon k sociálnímu stažení a apatii. *Problémem v sociálním působení a dlouhodobé péči je dosažení*

rovnováhy mezi přílišným nedostatkem a přílišným přebytkem sociálních podnětů.

Současně s těmito negativními vlivy se na rozvoji schizofrenie podílí i abnormě ***křehký osobnostní terén***. Jedinci mají zpravidla velmi nízkou toleranci k zátěži. Reagují mnohem citlivěji na podněty. Schizofrenii však nelze vždy plně vysvětlit touto křehkostí a zranitelností se současným působením negativních faktorů, neboť ne vždy je u nemocného oboje přítomno aktuálně nebo v anamnéze. Naopak mnohdy je u jedince obojí přítomno, avšak nerozvinulo se schizofrenní onemocnění. Na druhou stranu nám však znalost možných negativních vlivů může pomoci při terapeutickém působení na nemocné.

Stigmatizující sociální reakce na schizofrenika zahrnuje sklon k obviňování nemocného nebo jeho rodiny. Tito lidé se často setkávají se sociálním odmítáním, a to i z důvodu toho, že jejich psychotické myšlenky a chování mohou působit nevysvětlitelně a hrozivě. Negativní příznaky zahrnují potíže ve verbálním i neverbálním dorozumívání, a to bez žádné vnější a zřejmé známky umožňující vysvětlení, kde je problém. (Wing, 1993)

Libiger (1991) uzavírá, že schizofrenie je mnohotvárný proces, jehož jednotlivé formy jsou spoluurčovány celou řadou faktorů. Svou roli zde hraje životní situace jedince, jeho osobnost, ale i jeho vztahy. Kromě vysoce účinných psychofarmak ***je při léčbě důležité respektovat schizofrenika jako nemocnou, avšak autenticky prožívající osobnost a důležitý je nezaujatý individuální přístup k nemocnému.***

Choroba není deficit, který by slepě postihl tu či onu schopnost. ***Absurdita chorobného stavu má v sobě logiku, kterou musíme umět vyčíst.*** Je to totiž logika normálního vývoje. Logika a rozumění není však totéž. Není pro duševní chorobu na rozdíl od normálního chování příznačné právě to, že ji lze vysvětlit, ale veškerému rozumění je nepřístupná? Není snad mnohé chování vlastně normální, dokud mu rozumíme, a nestává se chorobným, když již není pochopitelné? (Foucault, 1997)

3. Přístup zaměřený na člověka

3.1. Vymezení PCA

Ve stručnosti bychom mohli Přístup zaměřený na člověka definovat jako formu psychoterapie, ve které je terapeut nedirektivní a reflektující, zrcadlí a ve které terapeut neinterpretuje nebo nedává přímé rady, zároveň podporuje, povzbuzuje, podněcuje a pomáhá při vyjasnění či upřesnění určitých otázek a stanovisek (Reber, 1987).

Přístup zaměřený na člověka je způsob bytí, způsob vycházení a zacházení s druhým člověkem, který usnadňuje jeho změnu ke zdraví a růstu. Hlavní hypotézou tohoto přístupu je *existence* určitých *vnitřních zdrojů v každém člověku*, které mu umožňují lépe porozumět sám sobě, učinit konstruktivní změny ve svém životě, změnit své sebepojetí i své postoje. Je to do praxe převedená myšlenka, že člověk „je v základě důvěryhodný organismus schopný hodnotit vnější a vnitřní situaci, rozumět si ve vlastním kontextu, dělat konstruktivní rozhodnutí vzhledem ke svému budoucímu životu a řídit se jimi“ (Rogers, 1999, s.23).

V první práci o nově vznikajícím terapeutickém směru se Rogers (1942) zaměřuje mimo jiné také na specifika tohoto přístupu, na jeho odlišnosti vzhledem k ostatním směrům (hlavně na odlišení od v té době rozšířeného analytického a kognitivně behaviorálního přístupu). Nový směr má od starších odlišný cíl. Usiluje o větší nezávislost a integraci jedince více, než bychom doufali, že takových výsledků dosáhneme, když budeme napomáhat při řešení problému. Jedinec, ne problém je středem zájmu. Cílem není vyřešit jeden konkrétní problém, ale napomáhat jedinci v růstu, tak aby mohl zvládnout nynější problém a také pozdější problémy více integrovaným stylem.

Základní východiska Přístupu zaměřeného na člověka uvádí souhrnně Vymětal (1996). Přístup klade důraz, podobně jako další humanistické směry, na jedinečnost, svobodu osobnosti a neustálé úsilí o růst. Jedinec je pojímán v každém ohledu celostně, ve vývoji a s důrazem na přítomnost. Zásadní význam mají otázky hodnot jedince,

otázky vlastní odpovědnosti a v neposlední řadě též otázky smysluplnosti života. Jakýkoli redukcionismus a zájem pouze o kvantifikovatelná data je odmítán. Pro Přístup zaměřený na člověka je dále velmi důležitá subjektivní prožitková zkušenost člověka, zdůrazňována je aktualizací tendence, organismické hodnocení, potřeba pozitivního přijetí a sebepřijetí, kongruence. Pozornost je věnována kvalitě terapeutického vztahu. V terapeutickém vztahu je nástrojem sám terapeut. Pro kvalitní terapeutický vztah je důležitá přítomnost empatického porozumění, akceptace a nepodmíněného přijetí.

Rogersovo nejoblíbenější rčení můžeme vnímat jako základní přesvědčení tohoto přístupu, na jehož základech je vystavěno myšlenkové zázemí směru. Jedná se o slova Lao-c': „Zdržím-li se zasahování do záležitostí druhých, starají se sami o sebe, zdržím-li se poroučení druhým, jednají sami za sebe, zdržím-li se kázání druhým, zdokonalí se sami, zdržím-li se zneužívání druhých, stanou se sami sebou.“ (Friedman in: Rogers, 1998, s. 51)

3.2. Teorie PCA

Základními teoretickými východisky Přístupu zaměřeného na člověka jsou aktualizací tendence, subjektivní prožitková zkušenost člověka, organismický hodnotící proces, vznik self, potřeba pozitivního přijetí a hodnocení, potřeba sebepřijetí a plně fungující jedinec. Všem těmto pojmům se budu nyní věnovat více. Zaměřím se na zdravě fungujícího jedince.

Subjektivní prožitková zkušenost člověka odkazuje na existenci soukromého světa, který obsahuje vše, co organismus prožívá, ať už jde o zážitky vědomé nebo nevědomé. Tento soukromý svět dokáže skutečně a úplně poznat pouze jedinec sám, i když s určitým omezením, protože vjemy může jedinec vpustit do vědomí jen za určitých vnitřně stanovených podmínek. Přesto je jedinec sám potenciálně jediný, kdo může svůj vlastní svět poznat v jeho úplnosti. Jedině on může vědět, jak prožívání vnímal a

jak vnímání prožíval. Podle toho, co jedinec prožívá a vnímá, také reaguje. Neodpovídá na nějakou absolutní realitu, ale na své vnímání reality. Tyto reakce na subjektivně vnímanou realitu jsou celistvé a na cíl zaměřené. Nelze je vysvětlovat na základě atomistického řetězce událostí. Jedincovy reakce jsou celkovým organizovaným systémem, ve kterém změna v jedné části může vyvolat změnu v kterékoli jiné části. (Rogers, 2000)

Člověku je vrozená tendence k plnému rozvoji svých možností. Rogers pro tyto vrozené zdroje, používá termín **aktualizační tendence** – ta je vlastní jakémukoli organismu, tedy nejen člověku. Aktualizační tendence znamená snahu aktualizovat, udržovat a rozvíjet svůj prožívající organismus. Obsahuje kromě tendence naplnit fyziologické potřeby usilování o duchovní růst, snahu o rozvíjení mezilidských vztahů, tendenci k rozvíjení a ovládnutí kultury, tvořivosti. Jde o odklon od podřízení se ovládanosti vnějšími silami a směřování k sebeřízení. (Rogers, 2000, Kratochvíl, 2002) Potřeba aktualizace je základní potřebou, pod kterou lze zahrnout všechny jiné potřeby a motivy užívané k popisu osobnosti. Aktualizační tendence může být deformována, bržděna, ale není možné ji zničit, aniž bychom současně nezničili celý organismus.

Organismický hodnotící proces je neustále probíhající proces vnitřního hodnocení a orientace v sobě i ve světě, který nás vede k rozhodování a jednání (Vymětal, 1997). Zážitky, které jsou vnímány jako udržující a rozšiřující organismus, jsou hodnoceny jako pozitivní a k nim se jedinec přibližuje. Zážitky, které jsou naopak vnímány jako negace udržování a rozšiřování, jsou hodnoceny jako negativní a těm se organismus vyhýbá. Organismické hodnocení je tedy proces, ve kterém jsou nezkrácené zážitky neustále hodnocené na základě prožívaného uspokojení jedince. Uspokojení a naplnění zažívá organismus v těch chvílích, kdy prožívá nebo se chová ve směru aktualizační tendence.

Každému jedinci je tedy vlastní aktualizační tendence, která ho motivuje, a organismické hodnocení, které reguluje jeho chování. V souladu s aktualizační tendencí se jedinec začíná vnitřně aktivně diferencovat. Začíná vnímat rozdíly mezi zážitky, které jsou součástí jeho osobního bytí a jeho fungování, a zážitky druhých lidí. Takové uvědomování si vlastního bytí a fungování můžeme popsat jako **self-**

koncept, self-strukturu. Self-struktura je vědomá organizovaná konfigurace percepce self. Pojem self, „já“, zahrnuje vnímání různých vlastností a charakteristik „já“ nebo „mě“, vnímání vztahů „já“ k druhým lidem, k prostředí, vnímání světa hodnot spojeného s tímto vnímáním a prožíváním a s objekty, a vnímání cílů a ideálů, které mají pozitivní nebo negativní náboj. Self je tedy organizovaný obraz všech těchto vnímaných aspektů v minulosti, přítomnosti nebo budoucnosti. (Rogers, 2000, Procházka, Norcross, 1999)

Současně se vznikem self vyrůstá v jedinci univerzální a všeprostupující **potřeba pozitivního přijetí a hodnocení**. Je to potřeba dosáhnout od druhých ocenění, přijetí a lásky. Je pro jedince tak důležitá, že se stává nejsilnější potřebou. Od útlého věku sleduje dítě tvář matky s otázkou na přítomnost lásky a přijetí od matky. Dítě se ptá neustále samo sebe: „Má mě ráda, nebo mě nemá ráda?“ Sleduje tvář, gesta a jakékoli další signály, které by mu umožnily zjistit, zda si ho matka váží. Závažný vliv nemá - i přes jeho zdůrazňování - jen mateřské přijetí, ale neméně nás ovlivňuje i ocenění od druhých lidí, zvláště od blízkých osob. (Procházka, Norcross, 1999) Tato potřeba s přibývajícím věkem nijak neslábne, stále usilujeme o přijetí druhými a toužíme po ocenění od druhých.

Na základě zážitku přijetí od druhých lidí se vyvíjí **potřeba sebepřijetí**, ta je tedy potřebou sekundární. Ve shodě s touhou být přijímám druhými lidmi zde vystupuje potřeba cenit si sám sebe, mít sám sebe rád, považovat se za váženého člověka. Ve chvíli, kdy druhý člověk reaguje na určité chování jedince pozitivním oceněním, posiluje jeho představu o sobě jako o váženém člověku. Pokud ale druhý reaguje negativním hodnocením, bude se jedinec cítit stále méně milován. Kdyby člověk zažíval pouze pozitivní přijetí, i on by se pak vnímal pouze pozitivně.

Pokud jsou výše uvedené zážitky a hodnoty, které jsou součástí self, prožívané přímo organismem, jsou dány hlavní předpoklady k vytváření žádoucího sebepojetí. To umožňuje **kongruenci** (shodu) **mezi sebepojetím, vnitřními vrozenými potřebami a zkušenostmi z okolí** (Vymětal, 1996).

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,

kteře 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)

3.5. Terapeutický proces v PCA

Vymětal a Rezková (2001) definují terapeutický proces jako takové změny s osobnosti a projevu klienta, které se uskutečňují v přímé souvislosti s určitými postoji a chováním terapeuta a které vyvolávají specifickou interakci mezi oběma zúčastněnými.

Terapeut je laskavým průvodcem klienta. Nemá vést klienta direktivně určitým směrem, více má terapii vést klient. Ve vřelé a otevřené atmosféře, kterou vytváří terapeut současně se základní vztahovou nabídkou, se uvolní klientova schopnost řešit vnitřní konflikty a klient je pak schopen pokračovat v ozdravné cestě i po skončení terapie. (Matoušek, 1995)

Každý člověk dostává v jednotlivých chvílích mnohem více informací, než je schopen vůbec zachytit, zpracovat a přijmout. V takové situaci je pravděpodobné, že se ztratí ty *informace, které pocházejí z ohrožujících zážitků. Terapeut tedy empaticky reflektuje tyto zážitky, aby umožnil jejich zpracování a přijetí.* V tomto ohledu je terapeut při vybírání ohrožujících zážitků a informací a jejich zapojování do procesu zpracování poměrně direktivní. Přes určitou direktivitu při vybírání informací to ale dělá nenápadně a bez nátlaku. Reaguje také pouze na tu informaci, která se již v procesu jasně objevila. Terapeut v Přístupu zaměřeném na člověka tedy *řídí terapeutický proces, ne však jeho obsah.* (Prochaska, Norcross, 1999)

Terapeutický proces se dá do pohybu, pokud jsou v co největší míře naplněny výše formulované podmínky terapeutického vztahu. Proces můžeme sledovat jak z pohledu terapeuta, tak z pohledu klienta. Na proces pohlížíme jako na sled fenoménů. Tento sled můžeme rozčlenit do několika následných, ale překrývajících se stadií. Konečných stadiem je plně fungující a vnitřně kongruentní osobnost, svobodná ve svém prožívání, autentická a s pozitivním sebepojetím. (Rogers, 1990) To však není vždy naplněno, neboť již v dřívějších stadiích terapie klient pociťuje úlevu a jeho subjektivní i objektivní stav se zlepšuje. Klient pak často necítí potřebu v terapii pokračovat, je plně spokojen s dosaženým stupněm integrace.

Proměnu a restrukturalizaci osobnosti můžeme přiblížit v rámci modelu „jak-tak“. *Člověk, který je oceňován a akceptován bez zvnějšku stanovených podmínek, začíná mít brzy větší zájem o sebe sama, o své self. Pokud je člověku empaticky nasloucháno, umožní mu to mnohem spolehlivěji naslouchat svým vnitřním prožitkům. Jakmile člověk porozumí a váží si sebe sama, stává se jeho self kongruentním s jeho prožíváním, jeho self a prožívání jsou v souladu.* Tímto procesem se člověk stává opravdovějším a autentičtějším. K tomu, aby tyto proměny v člověku nastaly, přispívají terapeutovy postoje a naplněný terapeutický vztah. (Rogers, 1998)

Původně Rogers (1959) formuloval dvanáct charakteristik terapeutického procesu. 1/ Klient je stále svobodnější ve vyjadřování svých citů verbálně i neverbálně. 2/ Vyjadřované city se stále víc týkají self a ne nonself. 3/ Klient stále více diskriminuje objekty svých citů a percepce (své prostředí, jiné lidi, své self, své zážitky a jejich vzájemné vztahy. Klientovy zážitky (zkušenosti) jsou stále přesněji symbolizované. 4/ Klientem vyjadřované city se více týkají inkongruence mezi jeho zážitky a pojetím sebe. 5/ Začíná prožívat ve vědomí ohrožení touto inkongruencí. 6/ Klient naplno prožívá city, které byly v minulosti popřené nebo zkreslené ve vědomí. 7/ Jeho pojetí sebe se postupně reorganizuje tak, že asimiluje a obsahuje zážitky, které byly ve vědomí zkreslené a popřené. 8/ S postupem reorganizace self-struktury se jeho pojetí stává kongruentním s jeho zážitky: self obsahuje zážitky, které předtím byly příliš ohrožující, aby mohly být uvědomělé. 9/ Klient začíná být ve větší míře schopen prožívat bez pocitu ohrožení terapeutovo nepodmíněné pozitivní přijetí. 10/ Klient ve zvýšené míře cítí nepodmíněné pozitivní sebe-přijímání. 11/ Stále více prožívá sebe samého jako centrum hodnocení. 12/ Reaguje na zážitky méně v pojmech podmínek ocenění a více v pojmech organismického hodnotícího procesu.

Později Rogers (1990) přeformuloval koncepci terapeutického procesu do sedmi stadií. Nová formulace se od starší liší pouze větším popisem a rozčleněním vývoje prožívání a změn v osobnosti klienta v průběhu terapie. V tomto pojetí Rogers popisuje, jak klient prožívá a jak se vyjadřuje o svých problémech od počátku terapie až na jejím konci. Ve

formulaci nově postulovaných stadií však využívá výše uvedených původních charakteristik terapeutického procesu, proto se popisem terapeutického procesu v rámci postulovaných stadií budu věnovat pouze ve stručnosti. Zájemce o podrobnější informace odkazují na literaturu (Rogers, 1990, Vymětal, Rezková, 2001).

Rogers (Rogers 1990, Vymětal, Rezková, 2001) popisuje dále uvečený vývoj jedince v procesu psychoterapie. Na začátku terapie klient hovoří pouze o vnějších věcech. Často ani sám po žádné změně či osobním rozvoji a růstu netouží, přichází kvůli psychické bolesti, od které chce jednoduše odpomoci, nebo může mít potíže ve vztazích, či je do terapie pouze někým poslán, aniž by sám pociťoval její potřebu. Postupem času začíná být klient schopen mluvit o neosobních tématech a problémech, které vnímá jako vnější a které neprožívá jako jeho se dotýkající. Klientovy názory bývají rigidní, jsou prezentovány jako fakta.

Pokud klient skutečně zažívá přijetí, začne se uvolňovat. Začne hovořit o pocitech, i když zatím pouze minulých, které jsou velmi vzdálené jeho aktuálního „já“. Tyto zkušenosti zpravidla mívají negativní konotaci. Začne si připouštět, že jeho názory a představy nemusí být nutně definitivní. Od vzdálených a minulých pocitů se postupně klient dostává k pocitům přítomným, příležitostně se objeví i pocity vůči terapeutovi. Klient začíná cítit osobní odpovědnost za své problémy. Klient začíná být zaskočen, zmaten a vystrašen skutečností, kterou si začíná uvědomovat.

Klient stále volněji vyjadřuje své pocity. To, co dříve popíral či zkresloval, čemu se vyhýbal, si připouští. Stále více si uvědomuje rozdíl mezi svým prožíváním a sebepojetím. Občas si není jist svým prožíváním, ne vždy mu rozumí, ale začíná pociťovat, že jeho pocity jsou skutečně niterné a že se jimi lze řídit.

Postupně tedy klient dospívá k plnému prožívání přítomné skutečnosti. Sám sebe klient vnímá jako prožívajícího se a v pohybu. Poznávání nových součástí sebe a jejich plné psychické i fyzické prožití vede k trvalé změně. Klient se mění, jeho vnitřní svět není neměnný, sám se sebou otevřeně komunikuje.

Ideálním cílem terapie je dynamický stav duševního zdraví, psychické stability a zralé osobnosti. To odpovídá tomu, co Rogers (1990)

nazývá plně fungující osobou. Cíl terapie je vždy jeden, ať už klient přichází z jakéhokoli důvodu. Pomocí procesu integrace je cílem vždy zvýšení kongruence mezi já a zážitkem. Když klient neodmítá své pocity, ale prožívá je, zažívá zdravé, uspokojivé a radostné vážení si sebe sama jako celé a fungující bytosti (Rogers, 1961). Rogers pojímá integraci já a zážitku jako výsledek terapeutického vztahu.

3.6. Působení terapeutických proměnných v rámci PCA

V průběhu života často dojde k zbrždění aktualizační tendence. Vnitřní zdroje člověka lze znovu úspěšně nastartovat ve vztahu, ve kterém se vyskytují definovatelné kvality popsané v předchozí kapitole. Úlohou terapeuta je umožnit klientovi kontakt s jeho vnitřními zdroji. ***Změny v terapii se uskutečňují prostřednictvím zvyšování vědomí a korektivního emočního prožívání*** (Prochaska, Norcross, 1999). Probíhá to v rovnocenném vztahu mezi terapeutem a klientem, ve kterém není terapeut v roli experta, ale vystupuje zde sám za sebe. Jedná se o setkání člověka s člověkem.

Zvyšování klientova vědomí uskutečňuje terapeut tím, že se klienta snaží pochopit pomocí empatie, v podstatě mu říká „opravdu cítíte“. Není dogmatický, autoritativní, neříká klientovi, co a jak má cítit, ani neinterpretuje. Když se klientovi dostane pečující a kongruentní zrcadlové zpětné vazby, může si silněji uvědomit i ty zážitky, které dosud zkresloval nebo popíral. Tím, že je terapeut stále zaměřen na to, co klient cítí, pomáhá klientovi nejen si své pocity uvědomit, ale také se uvolnit a pocity vyjádřit. (Prochaska, Norcross, 1999)

Vymětal a Rezková (2001) vidí podstatu rogersovského přístupu v plném respektování klienta. Má být důsledně dodržována zásada zaměřenosti na klienta. Ze strany terapeuta jde o to, že zásadně vychází z klienta a jeho fenomenologického světa se všemi subjektivními významy, nejde tedy o směřování klienta či tlak na něj vycházející z vědění předem. Úkolem terapeuta je klienta provázet, vytvořit mu bezpečný vztahový prostor, kdy druhý může myšlením i ve fantazii

zkoušet různé eventuality. Člověk sám dříve či později dosáhne určitého výkladu a porozumění toho, co považuje za subjektivně důležité. Terapeut je subjektivně blízko klientovi, eventuálně nabízí různé možnosti, avšak v intencích jeho prožívaných zkušeností. **Základním východiskem je nedirektivní, nemanipulující a tedy u klienta odpor nevyvolávající terapie.**

Akceptace způsobuje u klienta zpravidla několik duševních dějů. Jednak je klientovi **terapeut sympatický, důvěryhodný, cítí se mu být blízko, ve vztahu se celkově cítí příjemně a přijat.** Necítí se být už na problémy sám. Pomocí akceptace se klientovi **uspokojuje potřeba uznání, zvyšuje se jeho sebeúcta,** protože být akceptován terapeutem znamená být akceptován autoritou. Plná a bezvýhradná akceptace rovněž umožňuje, aby klient získal úplnější kontakt sám se sebou. Ve vztahu k terapeutovi se uskutečňuje emoční korektivní zkušenost, protože klient prožívá velmi uspokojující a povzbuzující komunikaci. (Vymětal, Rezková, 2001) „Terapeut akceptací **stimuluje sebeexploraci a explikaci, přijetím druhého mu umožňujeme skutečně volně prožívat a myslet.** Nastává také protipodmiňování nepříjemných psychických stavů, jako je úzkost či dysforie, a to na základě recipročního efektu, protože **na klienta terapeut přenáší uvolněnost a klid i ve chvíli, kdy klient sděluje zatěžující zkušenosti a prožitky.**“ (Vymětal, Rezková, 2001, s.74)

Empatie působí ve stejném směru jako akceptace. Vyvolává v klientovi podobné duševní děje. „Klient **zažívá opravdový zájem o sebe a porozumění,** cítí hluboké pochopení ze strany druhého. **Osobní zájem, pochopení a lidská blízkost uklidňují, integrují a zvyšují u druhého sebeúctu** a pozitivní vztah k sobě. Prostřednictvím empatie se rozvíjí vztah vedoucí k meziosobnímu setkání, jež **znamená aktuálně i potenciálně potvrzení člověka, což samo o sobě působí jako emoční korektivní zkušenost.** Empatie stimuluje k novému mapování svého nitra. Klient se v sobě pravdivěji orientuje, vědomí sebe se postupně rozšiřuje, zjišťuje, jaký opravdu je, nahlédne své vnitřní rozpory, přání a touhy, očekávání od druhých atd. Empatické chování terapeuta tak **vede u klienta k porozumění sebe a následně k přijetí sebe.** Terapeut je pro klienta modelem uvolněného a chápajícího chování, což zvyšuje klientovu sebe-

empatii. Je potom schopen mnohem *lépe sám sobě naslouchat.*“ (Vymětal, Rezková, 2001, s.89)

Terapeutem projevovaná autenticita způsobuje, že se klient zklidňuje, protože ví, na čem je. Současně se zvyšuje důvěra v terapeuta a *posiluje se vzájemný vztah.* „Na principu učení se nápodobou se klient zabývá svým nitrem a významnými vztahy, učí se nově řešit vlastní problémy, nalézá sám sebe a adekvátněji využívá své obranné mechanismy. Nastává psychické oživení, narůstá sebe-explorace a pak i explikace klienta jež vedou k překonávání inkongruencí.“ (Vymětal, Rezková, 2001, s.105) Autentická terapeut vyvolá u klienta stejný postoj, totiž upřímnost a otevřenost k sobě i k ostatním, pokud se pro to klient rozhodne. Klient stává více autentickým, „dochází k harmonizaci a ke shodě mezi jeho prožíváním, tělesným cítěním, představami, myšlením a vnějším projevem těchto skutečností. Terapeutova autenticita *umožňuje klientovi projevovat vlastní autenticitu a spontánnost.*“ (Vymětal, Rezková, 2001, s.106)

4. PCA a psychoterapie psychóz

Přístup zaměřený na člověka u nás a vlastně ani ve světě nemá v rámci psychoterapie psychotických onemocnění své stabilní a uznávané místo. Podle mých zkušeností bývá opomíjen, nebo bývá snižován jeho význam. Často převládá názor, že není dostatečně účinný pro psychoterapii psychóz. *Své stabilní a uznávané místo si tento přístup v oblasti terapie psychotických stavů vydobyl snad pouze na poli podpůrné psychoterapie.*

V práci jsem se až dosud zabývala specifiky psychóz, resp. schizofrenie, a teorií PCA. V textu jsem usilovala o zvýraznění nejdůležitějších bodů, které podle mého názoru spolu souvisí a kde se oblast psychotických onemocnění a Přístupu zaměřeného na člověka setkávají. Zvláště těmto zdůrazněným aspektům se budu v následujícím textu věnovat.

Jak jsem již uvedla v úvodu této práce, mým cílem je nejen zmapovat poznatky tak, jak jsou v literatuře a pramenech publikovány, ale také shrnout tyto poznatky a *formulovat pozitivní přínosy rogersovského psychotherapeutického přístupu k léčbě psychóz.* Pokusím vyzdvihnout ty momenty a aspekty ve formulovaných poznatcích o psychoterapii pacientů s psychózou, kterými může Přístup zaměřený na člověka obohatit jinak zaměřené terapeutické přístupy a postupy nebo inspirovat terapeuty pracujícími odlišnými postupy.

Na následujících stránkách se budu zabývat potkáváním se teorie psychotických onemocnění, resp. schizofrenie, s teorií PCA. Ukážu, v jakých ohledech je tento psychotherapeutický směr pro psychoterapii psychóz nejen inspirativní, ale také proč je vhodný jako způsob vedení terapeutických sezení při praktickém provádění psychoterapie u těchto nemocných.

Výše jsem uvedla, že budu vycházet ze zvýrazněných částí v předešlém textu o teorii psychóz, resp. schizofrenie, a o teorii Přístupu zaměřeného na člověka. Mým cílem je tedy co nejnázorněji ukázat, v kterých aspektech a při jakých potížích a příznacích schizofrenie

účinkují zásady rogersovské psychoterapie. Lapidárně řečeno: Jak do sebe „kostičky“ zapadají a proč to funguje.

Budu postupovat na základě nově definovaného rozdělení příznaků a problematických oblastí schizofrenie tak, aby byl výklad pro oblast psychoterapie co nejsrozumitelnější a nejlépe uchopitelný. Jednotlivými většími celky příznaků se budu postupně zabývat a vysvětlovat, v kterých momentech a jak je zde přínosný přístup zaměřený na člověka.

4.1. Rozdělení příznaků a problematických oblastí

Příznaků schizofrenie a problematických oblastí souvisejících s nemocí je mnoho, proto jsem se pro přehlednost rozhodla jednotlivé aspekty schizofrenie nejprve rozčlenit do určitých celků, kterými se pak budu samostatně zabývat.

Mé rozdělení příznaků a problematických aspektů souvisejících s nemocí je v něčem jiné než tradiční členění užívané při výkladu teorie nemoci, které jsem i já v první polovině použila. Tradiční členění je výhodné pro porozumění nemoci samotné. Méně šikovné se mi však jeví v oblasti porozumění problematice terapie.

Dělení příznaků a problematických oblastí souvisejících s onemocněním jsem začala s otázkou, jak se výše uvedené a v textu zvýrazněné aspekty schizofrenie projevují a čeho se týkají. Usilovala jsem o nalezení specifických nadřazených oblastí, které by byly pro oblast psychoterapie dobře uchopitelné. Dospěla jsem k tomu, že *potíže a další aspekty nemoci lze rozložit do určitých celků podle toho, v jaké oblasti života se nejvíce projevují, kde způsobují největší potíže, čeho se problematické aspekty týkají a co pacient od terapeuta potřebuje*. Na tomto základě jsem seskupila příznaky a problematické oblasti týkající se schizofrenie pro účely mého dalšího výkladu.

Předchozí úvahou jsem dospěla k *vytvoření sedmi celků*, které vždy určitým způsobem zastřešují určitou skupinu příznaků schizofrenie nebo problematických oblastí souvisejících s tímto onemocněním. Jako

každé dělení „nerozdělitelného“ je i toto nedokonalé, je možné o něm diskutovat a nalézt řešení jiná. I zde můžeme polemizovat o tom, zda určitý příznak či aspekt nemoci není vhodnější přiřadit do skupiny jiné. Pro tuto chvíli však budu vycházet z tohoto rozdělení jako pevně daného.

První celek se týká pouze obecných tvrzení týkajících se nemoci. Tato tvrzení zůstávají svým způsobem na povrchu a neříkají nám nic o podstatě nemoci nebo jejích příznacích. Tuto skupinu jsem nazvala „obecný pohled na schizofrenii“.

Obecný pohled na schizofrenii	Obsah
	klinický obraz je různorodý
	chorobný stav má logiku
	multifaktoriální podmíněnost

Druhý celek tvoří rizikové faktory sociálního a psychogenního charakteru, které zvyšují riziko rozvoje schizofrenního onemocnění. Jak již bylo uvedeno v kapitole o schizofrenii, jednotlivý faktor sám o sobě nemoc nezpůsobuje, avšak působením více faktorů se riziko zvyšuje. Stejně tak přítomnost těchto rizikových faktorů v životním prostředí nemocného zvyšuje riziko propuknutí nemoci nebo relapsu.

Faktory působící na rozvoj nemoci	Obsah
	rané psychické trauma
	role hodného chlapce (dívky)
	zranitelnost - prolomení fasády
	ochranitelská matka
	odmítavá, dominantní a necitlivá matka
	v komunikaci existuje "dvojná vazba"
	rigidita ve struktuře rodinných rolí

Třetí celek tvoří aspekty týkající se přímo osobnosti nemocného a také jeho osobnosti tak, jak se pohybuje a funguje ve světě. Do tohoto celku jsem zařadila takové obtíže nemocného, které se týkají jeho vlastní osoby - jako potíže s identitou, s vnímáním vlastních hranic, přiměřeným sebehodnocením, s emocemi. Potíže se však také projevují ve vztahu osobnost a okolní svět - mám na mysli zvláště potíže s vnímáním reality, času a prostoru, ale také s vnímáním sociálního okolí.

Osobnost sama o sobě a ve světě	Obsah
	ztráta hranic - já, self, osoba, druhý, svět
	neuspořádaný pocit vlastní identity
	chybí odstupňované prožívání
	pocit "jako bez života"
	emoce a jiné duš. funkce unikají kontrole
	sebe-podhodnocení
	ztráta životní role a hodnoty a život.smyslu
	ztráta kontaktu se (sdílenou) realitou
	neustále přerušovaná souvislost
	zkreslené vnímání času a prostoru
	zkreslení vnímání sociálního okolí

Čtvrtou skupinou příznaků je současná existence rozporuplných obtíží. Zařadila jsem sem takové potíže, které lze charakterizovat společným jmenovatelem nazvaným vnitřní rozporuplnost. Vyjadřují současnou přítomnost zdravého a psychotického anebo současné zažívání protikladných tendencí a prožitků.

Rozporuplnost	Obsah
	koexistence zdravého a psychotického
	chorobné a zdravé myšlení vedle sebe
	tělesné a psychické já může být oddělené
	bezmocnost a všemocnost
	zároveň něco chtějí a chtějí i protiklad
	citový chlad i dráždivost
	zmatek, mystifikace, nestálost, rozpory

Pátý celek zahrnuje projevy schizofrenie zahrnované pod diagnostická kritéria. Jde o poruchy vnímání, myšlení, prožívání, chování, které je odštěpené od reality a nelze je vysvětlit pouze na základě reality.

Příznaky schizofrenie, které lze zahrnout pod tradiční dg. kritéria	Obsah
	potíže odlišit co je a co není
	prožitek - co se děje, souvisí se mnou
	myšlení - všechny relace jsou rovnocenné
	blud - chybné závěry v realitě
	halucinace
	rozervanost - nejednotnost citění a myšlení
	roztříštěná řeč
	katatonní příznaky

Šestá seskupení potíží zahrnuje vztahové obtíže. Zařadila jsem sem potíže v zařazení subjektu do sociálního světa, potíže při navazování vztahů i potíže s vnímáním a rozuměním sociálním situacím.

Sociální a vztahové selhávání	Obsah
	pohlčenost vlastním světem
	nemocný prožívá svět odlišně než normální lidé
	pocit osamocení
	potíže ve vztazích
	propast mezi nemocným a jeho okolím
	obavy z přílišné blízkosti i z přílišné distance
	závislost na druhých
	frustrace potřeby bezpečí

Sedmá skupina se svým způsobem liší od ostatních, neboť slučuje různé aspekty související s onemocněním, které by bylo obtížné, možná až nemožné, zařadit do některé z kategorií předcházejících. Týká se potřeb, které mohou být naplněny a více či méně uspokojeny právě v procesu psychoterapie, prostřednictvím terapeutického vztahu.

Potřeby v terapii	Obsah
	příliš nezátěžující práce
	pomoc znovu nabýt celistvost
	soustavné napětí vede k únavě
	vyhnout se emočním konfliktům
	méně emočně náročné vztahy
	potíže zpracovat příliš mnoho podnětů
	přecitlivělost, nadměrně aktivovaná pozornost

Postupně se budu jednotlivým zde postulovaným celkům věnovat. Pomocí předchozího textu a vlastních zkušeností předvedu, jak v těchto aspektech a momentech působí a pomáhá. Přístup zaměřený na člověka. Od této chvíle se nám tedy před očima začnou propojovat dvě zpočátku nesouvisející kapitoly a začnou tvořit pomyslnou záchrannou, či spíše pomocnou síť pro nemocné se schizofrenií.

4.2. Aspekty schizofrenie – účinné momenty aplikace PCA

„Chtěla bych vám říct, že příznaky nejsou nemoc“, vykládala jim doktorka. „Tyto symptomy jsou obranou a ochranným štítem. Věřte tomu nebo ne, ale její nemoc je jediný pevný bod, který má. Ona a já teď rozbíjíme tenhle základ, na kterém Debora stojí. A v to, že tu bude pro ni nějaký jiný, pevnější základ, až se tenhle zničí, může jenom věřit. ...“ (Greenbergová, 1998, s.113)

4.2.1. Obecný pohled na schizofrenii

V obecných rysech můžeme o schizofrenii mluvit jako o onemocnění s multifaktoriální podmíněností, jehož klinický obraz přes určité obecné zákonitosti je různorodý. Ve své různorodosti má však chorobný stav vždy svou vlastní logiku.

V rámci tohoto obecného úhlu pohledu na schizofrenní onemocnění můžeme aplikovat rovněž obecný pohled na Přístup zaměřený na člověka. Teorie tohoto přístupu k terapii postuluje, že v každém člověku za všech okolností existuje aktualizační tendence, která motivuje a směřuje jedince k uplatnění vnitřních zdrojů a potenci.

Pokud organismus žije v nepříznivých podmínkách, pokud mu jeho okolí, a to hlavně to nejbližší, stanovuje podmínky ocenění, pak se organismus stále méně spoléhá na svůj vrozený proces organismického hodnocení. Jeho chování se může dostat a také se často dostává do rozporu s organismickým hodnocením. Tím vzniká stav inkongruence, která může vést až k dezorganizaci chování, či zcela nové, třeba i „bláznivé“, organizaci chování.

Stav inkongruence, který stojí v pozadí dezorganizace či nové organizace chování, může vyústit do poměrně trvalého a obtížně ovlivnitelného stavu. Dezorganizace či nová organizace chování může nabývat mnoha podob. I přes změnu v chování může jedinec ve svém chování zůstat sociálně přizpůsobivý, nenápadný, avšak může rozvinout takové formy chování, které jsou jeho okolí nápadné a které jsou považovány většinou populací za bláznivé nebo chorobné. Na podkladě stavu inkongruence může jedinec rozvinout takovou specifickou

dezorganizaci chování či takovou jeho novou organizaci, že splňuje příznaky psychotického onemocnění. Pak používá vzorce chování odlišné od společenské normy a příznačné pro psychózu a změni způsob svého vnímání, cítění a myšlení na psychotické.

Přístup zaměřený na člověka je *způsob bytí s druhým člověkem*. Nejedná se o soubor postupů a technik, které mají léčit konkrétní příznaky a působit na specifické pocity, myšlenky, vjemy či vzorce chování. ***Terapeut je zde laskavým průvodcem klienta na části jeho cesty životem. Poskytuje mu co nejideálnější podmínky k rozvoji vrozených vnitřních zdrojů.*** Poskytuje mu prostor pro znovu-zdůraznění aktualizační tendence. Usiluje o takovou interakci, ve které neexistují vnější podmínky ocenění. Umožňuje klientovi zkusit znovu začít naslouchat hlasu organismického hodnocení.

Terapeut v tomto přístupu řídí proces terapie, nikoliv jeho obsah. Dává klientovi do rukou moc rozhodovat o sobě a řídit svůj život ve směru aktualizační tendence, a to v prostředí bezpečí, jistoty a laskavosti. I pacient se schizofrenií může růst ve směru své aktuálně mařené aktualizační tendence. Terapeut umožňuje a případně povzbuzuje klienta k tomu, ***aby dal prostor i svým dosud popíraným aspektům osobnosti. Klient může experimentovat sám se sebou a nacházet nové formy vnímání, cítění, myšlení i chování, kterých se až dosud obával, nebo ve kterých se cítil zvnějšku autoritami omezován.***

Člověk ve stavu inkongruence – člověk nemocný schizofrenií není plně integrován. Působí v něm rozporuplné a často plně nezávisle fungující a projevující se části, které mohou být i velmi rozporuplné. To se pak asi nejvýrazněji projevuje v chování, které může být chvíli řízeno určitou představou člověka, v jinou chvíli třeba nějakou jeho popíranou částí. Chování ovládané popíranou částí jedince často děsí a proto se ho snaží potlačovat. Tento tlak v jedinci zákonitě vyvolává protitlak, což často způsobuje, že ono potlačované chování se objeví častěji a v silnějším projevu. Naopak ztotožněním se s potlačenými aspekty osobnosti a přijetím je za naši součást se jejich tlak na projevení tlumí, neboť již nemusí bojovat za své „místo na slunci“.

4.2.2. Faktory působící na rozvoj nemoci

Psychologické a sociální rizikové faktory pro rozvoj schizofrenního onemocnění jsou považovány za potenciálně dobře ovlivnitelné psychoterapií.

V minulé kapitole jsem uvedla, že schizofrenie je onemocnění s multifaktoriální podmíněností. Toto obecné tvrzení je shrnutím výkladu o rozvoji schizofrenního onemocnění z první části mé práce. Nejde tedy o to, že když jsou přítomny všechny, nebo jeden či několik těchto faktorů, musí dojít nevyhnutelně k rozvoji schizofrenie. Každý z těchto faktorů však zvyšuje riziko jejího propuknutí. Stejně tak u nemocných ve stavu remise zvyšuje přítomnost těchto rizikových faktorů pravděpodobnost relapsu.

Do skupiny rizikových faktorů, kterými se na tomto místě budu zabývat, řadím *prožitá raná psychická trauma klienta*. Existence raného psychického traumatu v anamnéze zvyšuje klientovu zranitelnost. *Tito lidé se však často snaží odmítnout, zamaskovat či vytěsnit prožitá zranění.* Okolí nabídne raději vnější fasádu, za kterou jsou ohrožující pocity pečlivě schované a která má okolí přesvědčit o tom, že jsou v pořádku a normální. Protože však tyto ohrožující pocity nejsou zpracované a jsou pouze překryté vnější fasádou, mohou v kteroukoli chvíli tuto fasádu prolomit. Pocity zlosti a nenávisti často směřované vůči lidem, se kterými má nemocný navenek tak báječné vztahy, v tu chvíli vyplynou na povrch a pacienta zahltní. Fasádu prolomí vnitřní konflikt, napětí a úzkost.

Rané psychické trauma tedy způsobuje vyšší zranitelnost, působí na vznik inkongruence mezi skutečnými a zároveň ohrožujícími vnitřními pocity a sociálně akceptovanou vnější fasádou. V určité chvíli je však inkongruence tak velká a neudržitelná, že dojde k průlomu a na povrch se dostanou ony hluboké skutečné pocity. Stav inkongruence způsobuje vznik bazální psychické tenze. Ve směru zvládnutí bazální tenze působí v terapii akceptace, empatie a kongruence terapeuta – tedy tři základní pilíře PCA.

Terapeut zastávající rogersovský přístup **vytváří klientovi v terapii bezpečné a jisté prostředí a sám terapeut je pro klienta transparentní a tím důvěryhodný. V tomto prostředí může Klient bez velkých obav mluvit a nechat vyplynout pocity, které se snažil před okolím ukryvat.** Může zkoušet s nimi experimentovat a přetavit je do takové podoby, aby jej neohrožovaly. To vše v atmosféře terapie, kde je přijímán i s těmito pro něj nepřijatelnými pocity. Může vidět, že když mluví o svých „hrůzách“, terapeut to ustojí a neskolí ho to. Klient pak může postupně přijmout myšlenku, že když je to k přežití a vlastně přijatelné pro terapeuta, mohlo by to tak být i pro něj samotného.

Dalším rizikovým faktorem je **příliš ochranná matka**, která nedává jedinci prostor pro samostatný vývoj a zrání, neposkytuje mu dostatečný životní prostor. Na druhém konci kontinua pak stojí **odmítavá, dominantní a necitlivá matka**, která jedinci naopak neposkytne tolik potřebnou vřelost, podporu a lásku. I tento druhý extrém zvyšuje riziko schizofrenie.

V těchto rizikových bodech můžeme přístupem zaměřeným na člověka **pomoci klientovi nabídkou specifického vztahu.** Klient zažívá v terapii od terapeuta empatické porozumění a opravdový zájem o svou osobu. Terapeut klienta akceptuje se vším všudy, oceňuje jej bez podmínek. Terapeut je transparentní ve vztahu a tím pro klienta důvěryhodný a neohrožující, klient se může dobře orientovat ve vztahu i v chování terapeuta. Terapeut také dává plnou důvěru klientovi, jeho vnitřním zdrojům, nesnaží se pacienta někam směřovat, o tom rozhoduje klient sám. Terapeut ctí pacientovu autonomii. Změny se v tomto ohledu dějí především prostřednictvím emoční prožitkovou korektivní zkušeností.

Existence tzv. dvojnásobné vazby v komunikaci je rovněž významným rizikovým faktorem působícím na možný rozvoj schizofrenního onemocnění. Neustálý zmatek, mystifikace, nepřehlednost, rozporuplnost, nečitelnost a nemožnost správně vyhodnotit význam sdělení a vyhovět požadavkům druhého přivádí pacienta do stavu permanentního stresu.

Příznivé působení rogersovské terapie je zde nasnadě. Je to právě **terapeutova čitelnost, autentičnost a transparentnost**, která klientovi **napomáhá znovu získat klid z porozumění a sebedůvěru v sociální**

interakci. Zrcadlením a potvrzováním oboustranného porozumění potvrzuje klientovi možnost porozumět druhému a možnost, že druhý může rozumět jemu. To vyvolává pohodu a uspokojení ve vztahu a nabízí povzbuzující perspektivu, že by podobně mohl prožívat i jiné vztahy.

Rigidita ve struktuře rodinných rolí a převzetí role hodného chlapce (dívky) může být také jedním z nepříznivých aspektů, který spolupůsobí na vznik onemocnění. Rigidita a lpění na neměnnosti rolí v rodině ochuzuje rodinné prostředí o živost a přirozenou životnost. Stejně jako se mění a vyvíjí člověk v kterékoli fázi života, v kterémkoli vztahu a v kterékoli situaci, tak se zákonitě mění i jeho okolí a lidé tohoto člověka obklopující. I druzí lidé kolem jedince samozřejmě procházejí vývojem nejen ve svém vlastním životě, ale reagují i na změny v životě jedince. Pevnost a neměnnost rolí je tedy zákonitě něčím nepřirozeným a svazujícím.

V rámci rigidních požadavků na členy rodiny jsou na jedince kladeny podmínky ocenění. ***Rodičovská láska je podmíněná.*** Tím u jedince dochází k popření uspokojení nebo zkreslení symbolizace druhých. Jedinec pak často přebírá roli hodného chlapce (dívky). Člověk v této roli vnímá jen to, co je v souladu s podmínkami ocenění, a na základě toho se i chová.

V terapeutickém vztahu, který vychází z postulátů PCA, se jedinec učí nezkreslené symbolizaci a zvyšuje se tak jeho vědomí. ***Učí se přesně symbolizovat druhé a rozeznávat podmínky ocenění. Na základě nového způsobu vnímání může lépe rozeznávat své pocity od pocitů introjikovaných.*** Může svobodněji vnímat, prožívat, přemýšlet a volněji se chovat. Není nevyhnutelně svázán požadavky druhých. Může se svobodně rozhodnout, kdy vyhoví požadavkům kladeným zvnějšku a kdy se rozhodne jednat na základě vlastních pohnutek.

4.2.3. Osobnost nemocného sama o sobě a ve světě

Pro schizofrenní onemocnění je typické, že nemocní prožívají neuspořádaný pocit vlastní identity. Jako by se u nich ztratilo ohraničení já, self, které je u zdravých lidí ostré. Hranice mezi vlastní osobou, druhými a světem se rovněž stírá a je neostrá, někdy se dokonce úplně ztrácí. Nemocní naopak někdy staví hranice úplně nové, v jiných místech, než byly ty původní. Ty se v prožívaném zmatku pak opět snaží zbořit, nepřinášejí-li jim vytouženou úlevu. Mají potíže sami říci, kdo vlastně jsou. Tento stav ztracených a bořených hranic je činí zranitelnými a sami jsou často pro ostatní v tomto stavu zraňující. Ztrácejí představu o své životní roli, o svých hodnotách a životním smyslu. Často prožívají pocit sebe-podhodnocení.

Cílem a výsledkem procesu rogersovské psychoterapie je, že si klient více rozumí a sám sebe si více váží. Děje se to základní vztahovou nabídkou od terapeuta. Ten klienta oceňuje bez podmínek. ***Když charakteristiky vztahu a nepodmíněné oceňování pacient alespoň v minimální míře vnímá, má pak větší zájem o sebe, začíná sebeexplorovat.***

Učí se sám sobě naslouchat, učí se dát prostor procesu organismického hodnocení. Učí se jednat v souladu sám se sebou. Učí se chovat kongruentně. Silná potřeba pozitivního přijetí a hodnocení je nyní naplňována od terapeuta bez podmínek. S tím, jak zažívá pozitivní přijetí a hodnocení zvnějšku, začíná si postupně vážit sám sebe, naplňuje potřebu sebepřijetí, a to při vlastní kongruenci. To dříve možné nebylo. Hledá ztracený self-koncept, nebo si vytváří úplně nový.

Ve vztahu s terapeutem ***začíná ostřeji vnímat, kdo je on sám, kde jsou jeho hranice. Uvědomuje si, že jej již neohrožuje tak jako dříve strach z rozplynutí se, strach z toho, že jej druhý může pohltnout. Naopak: terapeut usiluje o klientovu nezávislost.*** Udržuje s ním právě tak blízký vztah, jak je to pro klienta v danou chvíli příjemné.

Také emoce jsou u klientů se schizofrenií změněné. Emoce, ale i jiné duševní funkce unikají kontrole. Klienti často popisují prožívání

pocitu, jako by byli „bez života“. Chybí jim odstupňované prožívání. Buď něco cítí intenzivně, nebo pocity chybí. Jemné odstíny různých pocitů nebo jemné rozdíly v intenzitě prožitků nedokáží nemocní odlišit.

Terapeut zrcadlí a pojmenovává v průběhu terapeutických sezení pacientovy pocity, snaží se zachytit i jejich jemné nuance. To vše však ***formou nabídky***, kterou lze bez problémů odmítnout a nesouhlasit s pojmenováním. I to povzbuzuje klienta k tomu, aby usiloval o naslouchání i téměř neslyšitelným prožitkům, aby se snažil je zesílit natolik, aby je identifikoval a rozuměl jim. Empatické naslouchání u klienta vzbuzuje pocit jistoty a bezpečí. Klient není na tuto exploraci emocí sám. Nemusí se obávat, že ho zaplaví nezpracovatelné pocity, aniž by mu někdo přispěchal na pomoc.

Ztráta hranic uvnitř své vlastní osobnosti, ale i mezi já a okolním světem, se odráží i do vnímání okolního světa samotného. Změna v prožívání, neschopnost dobře rozpoznávat pocity, nebo vůbec něco cítit ovlivňuje ještě dále změněné vnímání světa. Kontakt s obecně sdílenou realitou pro nemocného je problematický a narušený. Klient má pocit neustále přerušované souvislosti, čas a prostor často vnímá zkresleně, odlišně od zdravých lidí. To mu činí potíže v dorozumívání se s okolím a s přizpůsobením se sociálnímu uspořádání a kulturním zvyklostem. Mimo to i samotné vnímání sociálního okolí je zkreslené, co ještě více prohlubuje propast mezi ním a druhými lidmi.

Zde může terapeut pomoci klientovi kotvením v realitě. V Přístupu zaměřeném na člověka terapeut využívá ***reflexi*** nejen ***toho, co klient vypovídá***, ale také reflexi toho, ***co u toho prožívá, jak se chová, co se s ním navenek děje.*** ***Terapeut může využít sdělení i jeho autentických vjemů i prožitků***, pokud je to vhodné pro posun v terapii. Na tomto místě, pokud má klient potíže sám vnímat, co je a co není, má potíže komunikovat vnějšími projevy emocí a myšlenek s druhými lidmi, mu může autentické vyjádření terapeuta pomoci. ***Klient pak slyší, co vidí terapeut, jak čte jeho vnější projevy emocí, jak rozumí jeho chování.*** Na základě reflexí i autentických sdělení terapeuta může klient své vnější projevy měnit, učit se s nimi zacházet. Může se postupně učit rozlišovat ty

vjemy, které jsou pouze jeho soukromé, od těch, které mohou vnímat všichni lidé.

4.2.4. Rozporuplnost

Při schizofrenním onemocnění se samozřejmost jednoty já vytrácí. Já se rozbíjí, jednotlivé systémy se oddělují a vztahy mezi nimi se narušují. Tyto jednotlivé systémy mohou uvnitř jedince fungovat víceméně nezávisle, bez integrující spolupráce, někdy mohou působit dokonce i protichůdně.

Takto rozděleně může koexistovat tělesné a psychické já. Nemocný prožívá své tělo jako nějakou věc, jako by mu nepatřilo. I další systémy a funkce se mohou rozštěpit – jedinec se zároveň cítí bezmocný i všemocný, cítí se citově chladný, vyprahlý a zároveň velmi dráždivý. Prožívá uvnitř sebe i v okolí zmatek, mystifikaci, nestálost, rozpory.

Rozpolcenost může jedince prožívat i ve vztahu k druhým lidem. Zároveň touží po blízkém kontaktu a ve stejné chvíli a stejně intenzivně se právě blízkého kontaktu obává. Zároveň prožívá k určitému člověku velice silnou vazbu i nezájem o něj. Nemocný se může cítit v obrovském napětí, je zároveň stejně mocnými silami tahán k dvěma protikladným extrémům. Nemá možnost se přiklonit ani k jedné variantě, neboť ani jedna varianta nepřináší úlevu, ale další napětí.

Terapie založená na PCA vychází ve svém základu z faktu *existence zdravého vedle nemocného*. Hlavní hypotézou tohoto přístupu je existence vnitřních zdrojů v každém člověku. Pro tyto vnitřní zdroje byl zaveden *termín aktualizací tendence*. Ta sice může být deformována a mařena, ale nikdy nemůže být zničena, aniž bychom současně nezabili jedince, jejího nositele.

Tato hypotéza Přístupu zaměřeného na člověka se odráží plně a v souhlasu v teorii schizofrenie. U nemocných schizofrenií nacházíme jednak projevy nemoci a současně i projevy zdraví. Nemocné a zdravé zde existuje v každý okamžik vedle sebe. Proto i když je aktualizací tendence

u schizofrenních klientů bržděna a mařena, ***je zde nepochybný potenciál pro její rozvoj***. Klienti mají potenciál začít se chovat více ve směru aktualizační tendence, více v soulasu s organismickým hodnotícím procesem.

Rozštěpení jednotlivých vnitřních systémů a psychických funkcí v člověku vzniká často v důsledku rozporu mezi tím, co říká jedinci jeho organismický hodnotící proces, a tím, co je v souladu s vnějšími podmínkami ocenění. Potřeba přijetí může tak předstihnout vliv organismického hodnocení, aniž by však byl tento vliv umlčen. Tak vzniká ambivalence a ambivalence v jedinci.

Terapeut poskytuje klientovi bezpečnou vztahovou nabídku, kterou může klient přijmout natolik, nakolik je to pro něj v danou chvíli bezpečné a přijatelné. Terapeut je ve vztahu kongruentní a tím transparentní a důvěryhodný. Jeho chování vůči klientovi je předvídatelné. ***Terapeut je neinvazivní***, nenutí klienta k větší blízkosti či intenzivnějšímu vztahu a intenzivnější terapeutické práci, než je pro klienta v danou chvíli přijatelné.

Terapeut poskytuje klientovi empatické porozumění, a to bez stanovování jakýchkoli vnějších podmínek. Klient se může více věnovat sobě, a více naslouchat organismickému hodnocení. Pokud lépe poslouchá hodnocení svého organismu, vnímá zároveň terapeutovu nepodmíněnou akceptaci a chová se ve směru aktualizační tendence, stává se více kongruentním a méně rozpolceným v sobě.

Rogersovský přístup ***usiluje o podporu zdravých projevů, aniž by se snažil jakkoli omezovat a potlačovat nemocné.*** Z pozic behaviorismu lze říci, že sází více na trvalejší a mocnější účinek odměn než trestů. Rogersovští terapeuti jsou přesvědčeni, že když budou dostatečně podporovat zdravé aspekty organismu, ty pak budou postupně zaujímat důležitější postavení a tím ubírat prostor nemocnému.

4.2.5. Příznaky schizofrenie, které lze zahrnout pod tradiční dg. kritéria

Příznaky zahrnuté do této skupiny, jak sám název napovídá, jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) označovány jako diagnostická kritéria schizofrenního onemocnění. Jde o poruchy vnímání, myšlení, prožívání, chování. Pro tyto poruchy je společné, že je nelze vysvětlit pouze na základě jednoho specifického popisu jednoznačné poruchy něčeho. Samotné příznaky se také nevyskytují izolovaně. Pro schizofrenní onemocnění je charakteristické, že nejrůznější obtíže tvoří vnitřně logický obraz. Ten se zdravému okolí může zdát nesmyslný, odtržený od reality (což také je a právě odtrženost od reality je velmi příznačná pro schizofrenii), avšak musí uznat jeho vnitřní soudržnost a logiku.

Jednotlivými příznaky jsem se zabývala v samostatné kapitole o schizofrenii. Na tomto místě pouze chci připomenout souhrn příznaků, o kterých budu v rámci této kapitoly o terapii inspirované PCA uvažovat. Jsou to zvláště obtíže rozlišit, co je a co není, poruchy myšlení, a to jak obsahové, tak i formální, poruchy vnímání ve smyslu halucinací jakéhokoliv druhu, roztříštěná řeč, katatonní příznaky a v neposlední řadě také prožitek, že vše souvisí nějakým způsobem se subjektem.

Terapeut zaměřený na člověka *vychází* při terapeutickém sezení vždy *ze subjektivní prožitkové zkušenosti jedince*. Není to terapeut, kdo rozhoduje o tom, co je a co není důležité. A není to terapeut, který má bezvýhradný patent na měření reality a pravdy.

V terapii zaměřené na člověka *je plně uznáván svět takový, jaký jej vnímá a prožívá klient*, ať je jakkoliv plný pro terapeuta neexistujících skutečností. Na druhou stranu je k němu také tak přistupováno za všech okolností: takový svět vidí takto právě a jen klient a je možné, že terapeut či jiný člověk se dívá na svět třeba i velmi odlišně. Terapeut se tedy v žádném případě nesnaží vyvracet klientovi jeho vidění světa jako chybné, nesnaží se jeho vidění žádným způsobem bagatelizovat či snižovat jeho význam.

Terapeut je průvodcem klienta na jeho cestě, je si vědom toho, že *se pohybuje nikoliv ve svém světě, ale ve světě očima klienta*. Neznamená to však, že bez výhrad vše, co klient o svém světě říká, přijímá jako novou pravdu. Ve chvílích, kdy klient vyjadřuje skutečnosti, které terapeut není s to pochopit a přijmout jako aktuální subjektivní realitu klienta, *může terapeut reflektovat rozdílné vidění světa jeho a klientovo, bez nároku rozhodovat o správnosti kteréhokoli*. Může klientovi nabídnout k polemice další pohled na věc a rozšířit mu tak jeho obzory.

Empatickým provázením klienta v jeho světě *mu dává pocit bezpečí*. Klient zažívá zájem a porozumění namísto dříve zažívaného neustálého vyvracení něčeho, o čem je on skálopevně přesvědčen, že to tak je. Tento druh terapie nevyvolává u klienta odpor. Klient se může sám svobodně rozhodnout, zda si chce ponechat své vidění světa, nebo zda jej chce modifikovat na základě zkoumání vjemů a přesvědčení společně s terapeutem.

Terapeut musí být v terapii také kongruentní a transparentní. Tím se stává pro klienta *čitelný, důvěryhodný a předvídatelný*. Právě důvěryhodnost terapeuta *je důležitým momentem, který rozhoduje o tom, kam až jej klient ve svém světě zavede, k jak intimním oblastem bude terapeut připuštěn*.

Výše uvedené postuláty budou funkční a účinné pouze tehdy, bude-li klient schopen a ochoten terapeutovy charakteristiky a vztahové nabídky alespoň v minimální míře vnímat. Klient musí vnímat terapeuta jako transparentního a tím důvěryhodného, musí vnímat jeho empatii i jeho kongruenci. Zde se vracíme do výchozího bodu úvah o přínosu rogersovské terapie při zacházení s příznaky schizofrenie u nemocných jedinců. Záleží pouze na subjektivní prožitkové zkušenosti klienta, zda a do jaké míry bude terapeuta právě tímto způsobem vnímat. Terapeut sám se může cítit ve všech těchto charakteristikách v konkrétní terapii s klientem přítomen, ale pokud to stejně jeho klient nebude vnímat, nebude toto terapeutovo zhodnocení pro terapii přínosné ani příliš podstatné.

4.2.6. Sociální a vztahové selhávání

Klienti se schizofrenií prožívají svět velmi odlišně od zdravých lidí. Jsou pohlceni vlastním světem, a proto mají potíže ve vztazích druhými lidmi, kteří vnímají skutečnost odlišně.

Právě pro onu odlišnost vidění a prožívání okolního světa vzniká propast mezi nemocným a jeho okolím. Nemocný prožívá pocit osamocení. Jeho potřeba bezpečí není naplněna. Cítí se být na druhých velmi závislý. Touží velmi po blízkém vztahu, který by byl plný porozumění, avšak zároveň se obává přílišné blízkosti.

Pro klienta může být velmi obtížné domluvit se s druhými lidmi, neboť ti druzí žijí v odlišném světě, dívají se na něj a prožívají jej jinak než nemocný. Je pro něj vždy bolestivé pokud se jeho svět srazí se světem těch druhých. Mrzí ho, že ho druzí nechápou, že mu nerozumí. Cítí se mizerně, když ho druzí odstrkují nebo když ho odmítají. Cítí se, jako by byl od druhých oddělený. Opravdový kontakt s druhými se zdá nemožný. Cítí se ve své skutečnosti osamocený. Pokud ho druzí přesvědčují o své pravdě, cítí se zpochybněný.

Klient má strach, že ztratí své já, že se rozplyne v druhém člověku, neboť jeho vlastní hranice jsou nepevné. Aby se tomuto strachu vyhnul nebo aby jej alespoň zmírnil, může se nemocný začít vyhýbat vztahům. Pokud se jim však vyhýbá a čím více tak činí, má strach z osamělosti. Klient při schizofrenii neztrácí svou přirozenou a vrozenou touhu po blízkosti, po vřelém a láskyplném vztahu. Pokud se vztahům ze strachu ze ztráty já vyhýbá, nastupuje obava, že takto se bude muset navždy vzdát své touhy po sjednocení a určitém splnutí ve vřelém vztahu. Vzniká velmi silné napětí, které nakonec vede k únavě.

Rozpolcenost se projevuje ve vztazích ke skupinám lidí i k jednotlivci. Nemocný projevuje ke konkrétní osobě současně velmi silnou vazbu i nezájem. V důsledku toho se nejen on sám cítí zmatený, ale i druhý člověk má potíže dobře rozumět jeho komunikačním a rozporuplným signálům. Projevy zájmu i nezájmu se mohou ale i střídat, pak je nemocný pro druhého člověka nečitelný a nepředvídatelný; vztah

pak je pro druhou osobu náročný a zatěžující a často se stává, že ze vztahu odchází a dál se v něm neangažuje.

Všechny výše popsané problémy v interpersonálních vztazích vedou k tomu, že ***nemocní schizofrenií mívají jen velmi málo vztahů. V psychoterapii můžeme těmto lidem výrazně pomoci nabídkou otevřeného, vstřícného, ale přitom nezatěžujícího a nesvazujícího vztahu.*** Přístup zaměřený na člověka takový druh vztahu nabízí.

Terapeutický vztah naplňující východiska PCA je založen na terapeutově kongruenci, akceptaci klienta bez otevřených či skrytých podmínek ocenění a empatickém naslouchání. Pořadí, ve kterém jsem tři základní podmínky úspěšného terapeutického vztahu vyjmenovala, nemá nic do činění s jejich důležitostí. V tomto ohledu jsou si rovny a je pouze na zkušenostech, dovednostech a osobnosti terapeuta je klientovi poskytovat v co nejvyšší míře a vyvažovat je na základě aktuálních potřeb klienta a situaci v terapii.

Terapeut je laskavý průvodce, který se nejen účastní cesty klientovým světem, ale též může nezraňujícím a přehledným způsobem poskytnout klientovi své „průvodcovské služby“ na cestě do světa druhých lidí. V terapii nejde o to, který ze světů je lepší, vhodnější pro klienta, nebo který je reálnější. Terapeut vychází ze subjektivní prožitkové zkušenosti klienta, vyjadřuje mu empatické porozumění. To mu poskytuje pocit bezpečí a jistotu, vede to k důvěře terapeutovi. Zároveň si je terapeut neustále vědom svých současných prožitků, je pouze sám sebou, a proto je také sám sebou ve světě těch druhých. Tak může klientovi nabídnout neohrožující pohled do tohoto druhého světa formou nabídky a pozvání, které je možné odmítnout bez toho, aby se tak poškodil vztah s terapeutem. ***Terapeut případně odmítnutí akceptuje bezvýhradně.***

Terapeut naslouchá plně klientovi. Klient postupně zjišťuje, že je bezpečné začít naslouchat sám sobě, svým vnitřním prožitkům. Může slyšet svůj strach ze vztahu, ale také svůj strach z osamělosti. Terapeut jemně reaguje na všechny tyto klientovy ohrožující významy a přizpůsobuje se jim. Je partnerem na cestě klienta, který určuje, jakou rychlostí se budou pohybovat. Nechá se klientem vést. Dává však pozor, aby nesešli z cesty zkoušení bytí v mezilidských vztazích. Dává pozor,

aby klienta neodradil od touhy být druhým člověkem, pokud je to pro klienta v danou chvíli únosné.

4.2.7. Potřeby v terapii

Klienti nemocní schizofrenií mají některé specifické nároky na způsob práce. Ty souvisejí s jejich obtížemi a s podněty a vnějšími podmínkami, které způsobují zhoršení jejich onemocnění.

Potřebují pomoci znovu nabýt původní celistvost, a to jak své osobnosti, tak svých motivací, tendencí a prožitkových směrů.

Potřebují takový způsob práce, který není příliš zatěžující. Jsou poměrně přecitlivělí a mají nadměrně aktivovanou pozornost. To vede často k zaplavení takovým množstvím podnětů a informací, které nejsou schopni dostatečně rychle zpracovat. Potřebují dostatečný čas a klid k zpracování všech podnětů a informací, se kterými se v terapii i v běžném životě střetávají.

Klienti nejsou připraveni ve své nemoci čelit dostatečně adaptivně emočním konfliktům. Stejně tak selhávají v interpersonálních vztazích, zvláště pak v těch bližších a tím náročnějších. Emoční konflikty i účast v emočně zaangažovaných vztazích způsobují soustavné napětí, které vede nevyhnutelně k únavě.

Přístup zaměřený na člověka je **způsob terapeutické práce, která u klienta nevyvolává odpor**. Je to terapie **založená na bezpečné vztahové nabídce**. Terapeut je zde autentický, transparentní a tím důvěryhodný pro klienta. Terapeut klienta přijímá bez podmínek, které by měl nejprve klient splnit. „Lásku“ terapeuta si klient nemusí nejprve zasloužit, je zde předložena jako nabídka. Přijetí od terapeuta je natolik bezpečné, že klient může terapeuta odmítnout, aniž by ztratil nabídku vztahu – terapeut je připraven čekat na chvíli, kdy klient sám bude chtít a bude se cítit připraven do vztahu vstoupit, do té doby nenaléhá.

Terapeut vnáší do terapie klid a uvolněnost, které se přenáší i na klienta. V terapii klient zažívá zájem o svou osobu a porozumění při

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 troskotá 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 irelevantní, 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 učit 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?

A kdo by měl tyto otázky klást, kdo by na ně měl odpovídat? ***Kdo stanoví cíl terapie?*** A kdo bude ten, který rozhodne, zda je ten který psychotherapeutický směr efektivní a účinný, který terapeut dělá „dobře“ svou práci?

Začnu od nejkonkrétnějších, tedy naposledy položených otázek. ***Cíl, průběh i efekt terapie může být komentován a hodnocen prakticky ze tří různých úhlů pohledu*** – z pohledu terapeuta, z pohledu klienta, nebo z pohledu vnějšího, nezávislého pozorovatele. Každý tento pohled má svá pro a proti, proto je nejlepší všechny tyto možnosti kombinovat.

Terapeut vidí svého klienta často pouze při terapeutických sezeních. Vidí, jak klient reaguje, s čím do terapie přichází, jak je aktivní a jak přistupuje k psychotherapii, k léčbě jako takové i k samotné nemoci.

Klient sám nejlépe ví, jak se mu žije, jaké má potíže a trápení a zda se potíže zmírňují vlivem terapeutických sezení. Klient může říci, zda se v terapii cítí být respektován jako samostatný a kompetentní jedinec, který je schopen žít svůj život a rozhodovat, kterým směrem jej bude řídit.

Nezávislý pozorovatel může být kdokoli vně terapeutický vztah. Může to být odborník, nebo někdo z rodiny či přátel klienta. Odborník mimo terapeutický vztah někdy klienta ani neviděl, nebo jej viděl zřídka a často povrchně. Odborník se může vyjadřovat v rámci obecně stanovených požadavků na posun v terapii, nemůže však posoudit tento posun z pohledu klienta, nemůže vědět, jak se klientovi skutečně žije. Blízký člověk klienta naopak vidí klienta v každodenním životě, vidí, s jakými potížemi se potýká a zda se něco v průběhu terapie vnějškově mění. Nemůže se sice vyjádřit k prožívání klienta, ale může říci, zda se mu s ním žije lépe a jak jej vnímá jako blízký člověk.

V rámci PCA je jako nejdůležitější pohled na efektivitu psychotherapie považován pohled klientův. Fox (2000) popisuje svou vlastní zkušenost se schizofrenií a konfrontaci se stigmatem nemoci. Prošel několika terapeutickými vztahy, z nichž ne každý byl v rámci rogersovského způsobu terapie. Jeho zkušenost s ne-empatickým terapeutem pro něj nebyla příjemná. Cítil, že terapeut jej vnímá jako diagnózu, ptal se jej, jak se má a co dělá a rovnou mu odpověděl, že vypadá dobře. Pokud již čas vyhrazený pro sezení skončil, terapeut jej

přerušil nehledě na rozpovídané téma a odkázal jej na příští sezení. Necítil, že by se o něj takový terapeut skutečně zajímal.

Naproti tomu s empatickým terapeutem zažíval skutečný zájem o svou osobu, cítil respekt. Na konci sezení mu takový terapeut věnoval pět minut navíc, aby mohl sdílené téma nějak zakončit a uzavřít do doby, než bude moci v tomto tématu na příštím sezení pokračovat. Cítil, že empatický terapeut mu pomáhá udělat krok k nezávislosti a uvědomování si svého prožívání. Cítil, že mu pomáhá znovu a znovu vstát, „sebrat se“ a že celou svou osobností mu říká: „zkusme to znovu, je přece v pořádku zkoušet i opakovaně začínat“. (Fox, 2000)

Pokud se vrátím k výše položeným otázkám a postoupím k těm týkajícím se toho, co má být cílem psychoterapie u klientů s psychózou, můžu již nyní na tuto otázku odpovědět. Z pohledu lékaře, rodiny a blízkých a případně i z pohledu terapeuta lze nazvat hlavním cílem psychoterapie zlepšení symptomů, snížení rizika relapsu a zdokonalení klienta v sociálním zapojení a přizpůsobení. (Fenton, McGlashan, 1997) ***Cíl psychoterapie by si však měl určovat klient sám.*** Terapeut může dát klientovi nabídku, v čem mu může být prospěšný a co je schopen klientovi nabídnout. Blízká osoba může říci, ve kterých oblastech ona cítí obtíže klienta jako nejpalčivější. Avšak ***pouze klient sám může říci, na čem opravdu chce pracovat a v kterých ohledech je motivován terapeuticky pracovat a případně se měnit.***

Pokud jde o možnosti Přístupu zaměřeného na člověka, ***nejúčinnější se mi jeví v možnostech zlepšení subjektivně hodnocené kvality života a zvyšující se životní spokojenosti klienta.*** Stejnou zkušenost sděluje i Hudlička.

PCA ***působí na různé úrovně osobnosti,*** nelze specifikovat naprosto přesně, kdy tento přístup působí nejúčinněji. Není to na problém zaměřený přístup, ***postupuje od změny v člověku k následnému řešení obtíží prostřednictvím právě osobnostních, postojových a dalších změn.*** (Joseph, Stehen, Worsley, Richard, ed., 2005) I výše uvedená subjektivně hodnocená kvalita života závisí právě na těchto změnách. Pokud se psychotickému klientovi podaří navazovat spokojenější a úspěšnější mezilidské vztahy a pokud se mu podaří zapojit se do společenského

života, působí to na celkově pociťovanou kvalitu života. Pokud se klientovi podaří lépe rozumět sobě, svým emocím, bude se celkově v životě cítit spokojenější. Proto zde hovořím o celkovém přínosu terapeutického účinku na zlepšení prožívané kvality života, neboť rogersovská terapie napomáhá klientovi zlepšit a uspokojivě fungovat právě v těch oblastech, ve kterých sám pociťuje pro sebe největší znevýhodnění a potíže.

PCA nabízí klientovi bezpečný vztah, ve kterém je klient respektován a oceňován bez předem stanovených podmínek. Je to vztah, kde za sebe klient přijímá odpovědnost a učí se, že o svém životě je kompetentní rozhodovat sám a že má ve svých rukách směr své životní cesty. Zároveň se učí vyrovnávat se s vlastními omezeními, učí se přijmout i nepříznivé okolnosti a umět s nimi naložit v pozitivním směru. Učí se rozumět sám sobě, a to v období remise i ataky psychózy. Učí se vnímat své vnitřní prožitky a těžit z nich jako z jakékoli jiné vnitřní zkušenosti. Na základě uskutečňování a naplňuje těchto změn lze hodnotit účinnost Přístupu zaměřeného na člověka.

Kam-Shing Yip (2004) zdůrazňuje *význam subjektivní psychotické zkušenosti pro pocit spokojenosti a přijetí nemoci, pro znovu-sjednocení vnitřního prožívání a vnější reality*. V rámci efektivní terapie klient dospívá k poznání, že je vlastně stejný jako ostatní normální lidé, což snižuje prožívání psychiatrického stigmatu. Jeho chování a myšlení (a to včetně halucinací a bludů) je na cíl zaměřené, stejně jako chování a myšlení ostatních lidí, je s významem a naplňující úsilí o uspokojení jeho vlastních potřeb.

Zvýšení subjektivní spokojenosti a kvality života následně působí v pozitivním směru i na prodlužování remise a oddalování ataky, neboť snižuje vnitřní stres a nepohodu. Porozumění nemoci a její přijetí působí ve směru vyšší spolupráce při léčbě a případně i ve směru lepší snášenlivosti psychofarmak. Kvalita života, menší vnitřní stres a napětí umožňují klientovi ušetřit mnoho sil, které využíval v neustálém vnitřním boji s nemocí, a tak tyto síly využít např. v opětovném nástupu do zaměstnání nebo do chráněné dílny.

Na tomto místě mohu odpovědět i na první otázku položenou v této kapitole. *Proč tedy v této práci usiluji o zviditelnění Přístupu zaměřeného na člověka v rámci psychoterapie psychóz?* Proč, když v této oblasti je asi nejznámější a nejužívanější přístup kognitivně-behaviorální, kde se klienti učí sociálním dovednostem napomáhajícím jim návratu např. do zaměstnání či školy. Terapeuti v tomto přístupu napomáhají rehabilitaci např. kognitivních funkcí a pracují s klienty edukativním způsobem ve směru pochopení a přijetí nemoci. Podle mého názoru *zde chybí právě pohled na klienta jako na člověka, který něco prožívá a o něco se snaží. Chybí mi zde možnost jeho plného vyjádření spokojenosti se svým životem. Chybí mi zde názor klienta na své potíže. Chybí mi zde i akceptace eventuálního přání klienta, že od terapie chce jen setkávání (někdy ani to ne) a že nechce nic měnit.*

Setkala jsem se s několika klienty, kteří spontánně hovořili o potřebě v rámci léčby mít možnost podívat se na sebe i na nemoc ze svého pohledu a ne z pohledu psychiatrických termínů a z pohledu odborníků. Vyjadřovali, že cítí důležitost tohoto subjektivního pohledu, aby mohli sami sobě rozumět celistvě. Cítili potřebu dívat se na sebe, uvažovat o sobě a svém životě, zvažovat své spokojenosti i trápení a jak s nimi naložit.

4.5. Výzkumný projekt ve Wisconsinu

V dnešní literatuře se stále uvádí odkazy na první a ve svém rozsahu ojedinělý výzkumný projekt zjišťující efektivitu psychoterapeutické práce v rámci PCA se schizofrenními pacienty. Tomuto projektu se budu věnovat, protože dokládá v praxi některé závěry, ke kterým docházím ve své práci na základě teoretických úvah. Budu se tomuto projektu věnovat i proto, že se tento projekt zapsal do dějin výzkumu psychoterapie, i když jeho výsledky byly interpretovány jako málo přesvědčivé. Mnoho faktů citovaných v literatuře z výzkumu je však

zjednodušujících a neúplných a v rámci Wisconsinského projektu bylo zjištěno i mnoho přínosných poznatků.

Často v literatuře čteme o výše uvedeném výzkumném projektu podobné zprávy, jako uvádí Perris (1993). Ten komentuje výzkum slovy, že Rogers a jeho kolegové podali zprávu o efektu PCA na hospitalizovaných schizofrenicích. Klienti byli náhodně přiřazeni do psychoterapie nebo obvyklé nemocniční péče. Ve výzkumu byla zahrnuta ještě třetí skupina, a to nehospitalizovaných neschizofrenních jedinců i bez jiných závažných psychiatrických onemocnění. Ta byla spárována s hospitalizovanými jedince podle věku, pohlaví, socioekonomického statutu a délky hospitalizace. Skupiny byly navzájem srovnávány. Skupina hospitalizovaných jedinců dostávající běžné nemocniční léčení byla skupina kontrolní, zatímco experimentální jedinci podstoupili PCA terapii dvakrát týdně po dobu dva a půl roku. Klienti byli hodnoceni pomocí rozličných posuzovacích stupnic, a hodnotící rozhovory byly opakovány v tří nebo šestiměsíčních intervalech. ***Souhrnné výsledky nebyly tak pozitivní, jak by si výzkumníci přáli*** a rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou klientů nebyly statisticky průkazné.

Také další autoři hovoří o neúspěchu výzkumného projektu (Wilkins in: Joseph, Worsley, 2005, Mearns, Thorne, 2005). Tito autoři však také vycházejí z dříve publikovaných zpráv a literatury. Jak to tedy s Wisconsinským projektem je? Lze ho označit jako jednoznačně neúspěšný, nebo přinesl i některá pozitivní zjištění?

Výzkumný program byl studií dopadů terapeutického vztahu na hospitalizované schizofreniky a na odpovídajícím způsobem spárované nepsychiatrické jedince. ***Obecným cílem*** bylo vytvořit hlubokou studii faktorů obsažených v procesu změny v osobnosti a chování, které nastávají u schizofrenních a normálních jedinců v průběhu psychoterapie. (Rogers ed., 1967)

Výzkumníci formulovali hypotézy, které pak podrobili statistickému testování hypotéz. Výsledky však kromě statistického testování zpracovávali ***i kvalitativní analýzou.*** Rogers ed. (1967) v knize velmi podrobně popisuje jak teoretická východiska, postavené výzkumné hypotézy i průběh výzkumného projektu, tak samozřejmě se stejným

důrazem i zjištění vycházející z analýzy získaných dat. Pro účely této práce představím stručně postulované výzkumné hypotézy a následně o něco podrobněji výsledky studie. Čtenáře s hlubším zájmem o Wisconsinský výzkumný projekt odkazují na citovanou knihu – Rogers ed., 1967, ze které v následujícím textu čerpám.

Jako základní byly stanoveny **tři hypotézy**. **První hypotéza** říkala, že v čím větší míře existují terapeutické podmínky ve vztahu, tím očividnější bude terapeutický proces nebo posun klienta. **Druhá hypotéza** hovořila o přesvědčení, že stejné proměnné procesu změny budou charakterizovat chování v terapii všech klientů. Tato druhá hypotéza očekává, že proces terapie bude stejný pro všechny i velmi odlišné skupiny jedinců. Konečně **třetí výzkumná hypotéza** mluvila o očekávání, že terapeutický proces se projeví výrazněji ve skupině jedinců, kterým byla terapie nabídnuta, než v kontrolní skupině, spárované, které terapie nebyla nabídnuta. Stručně lze shrnout, že třetí hypotéza uváděla, že terapie působí změnu.

Jak jsem uvedla výše, **klienti byli** do výzkumného projektu **vybírání na základě přesných kritérií**, jako byl věk, pohlaví, sociální úroveň, délka hospitalizace. Tím výzkumníci získali typické jedince, kteří však také bývají méně nadějní co se týče úspěchu v terapii. U těchto klientů se často setkávali s následujícími charakteristikami: **mnoho ticha** a mlčení, které bylo prázdné, plné rezistence a nevědění, co dělat, nebo alternativou tohoto „ticha“ bylo bez přestání sdělování triviálních a vnějších okolností a skutečností; **chybění smyslu pro proces explorační**, terapeutovy pokusy reflektovat nebo interpretovat obtížné pocity byly klientem odmítány, nebo ho mátl, klient neviděl důvod zaměřovat se na takové pocity, klient se sám sebe neptal, nekladl si otázky, nevyvíjel úsilí k sebeexploraci, k sebeporozumění ani ke změně; **žádný sebehybný proces**, u těchto klientů se mohl udát nějaký jakoby terapeutický proces řídce některé dny, ale v dalších setkáních to vypadalo, jako by se nic nestalo, nerozvinul se žádný kontinuální sebehybný proces; **odmítání terapeuta a terapie** často u těchto mlčících nebo velmi, ale povrchně hovořících klientů, někteří naprosto odmítali vůbec se setkat s terapeutem, kdyby se toto neudálo ve výzkumném projektu, vůbec bychom s těmito

klienty dál nepracovali a vyhověli bychom jejich přání nebýt v terapeutickém vztahu.

Na základě získaných dat výzkumníci zjistili, že bez ohledu na stupeň porozumění, akceptace a opravdovosti nabízené terapeutem, schizofrenní *klienti měli tendenci vnímat a uvědomovat si relativně nízkou úroveň těchto podmínek jako existujících ve vztahu*. Pouze pomalu v průběhu terapie pak vnímali více těchto terapeutových postojů. Tato neschopnost klientů vnímat terapeutické proměnné na straně terapeuta pak znesnadňovala terapeutické působení a podílela se na celkovém malém posunu klientů se schizofrenií v průběhu terapie.

Bylo zjištěno, že pro schizofrenní klienty byla mimořádně *důležitá kvalita terapeutického vztahu*. Klienti bez závažné psychiatrické diagnózy (neurotičtí či normální jedinci) vnímali nejprve porozumění a opravdovost terapeuta, bylo pro ně tedy typické zaměření na sebeexploraci. Schizofreničtí klienti na druhou stranu vnímali nejprve stupeň vřelosti a akceptace terapeuta, vnímali pozitivní vazby a opravdovost. Jejich zaměření sejevilo tedy na vztahové formování. Jedinci se schizofrenií sejevili jako hledající vztah, kterému mohou věřit. Tím byl terapeutický potenciál vztahu nejvíce ve spolehlivosti a hodnověrnosti, laskavá osoba terapeuta byla zásadní. V termínech měřitelnosti *se jednalo o percepci kongruence a pozitivního pohledu a vazby*.

Schizofreničtí klienti v projektu všeobecně vykazali *velmi nízkou úroveň zapojení v procesu změny*. Byli rozhodně *vzdáleni svému vlastnímu prožívání*. Vykázali také velmi omezený posun v instrumentech výzkumníky vymyšlených pro měření úrovní terapeutického procesu.

Skupina schizofreniků zařazených do běžného nemocničního programu a skupina, která měla navíc individuální psychoterapii, vykazovaly velmi malý rozdíl v míře pozitivních výsledků. Avšak *ti z terapeutické skupiny byli zřetelně úspěšnější v udržení se* následně mimo nemocnici, tedy bez *brzké opakované hospitalizace*.

Tito *klienti z terapeutické skupiny jednoznačně snížili svoji potřebu odmítat nebo udržovat emocionální odstup od svých zážitků*. Tato skupina také ukázala zlepšení v emocionální expresi. Další velký rozdíl byl *ve schopnosti uspokojujícím způsobem zacházet*

s interpersonálními vztahy. Skupina klientů s terapií to uměla výrazně lépe. Po skončení terapie byla tato skupina **méně zranitelná** a jedinci ze skupiny byli více schopni čelit sami sobě i okolnímu prostředí.

Otázka výzkumu zněla, zda nabídka přibližně dvou hodin terapie týdně v období od 4 měsíců do 2,5 let způsobí měřitelný stupeň změny v celé terapeutické skupině a zda tento rozdíl bude větší, než jaký je stupeň změny pouze na základě nemocničního programu. Vzhledem k daným okolnostem (např. vzhledem k nízké motivaci schizofrenních klientů k psychoterapii) se může zdát **poněkud překvapující, že byly naměřeny vůbec nějaké změny**, ve kterých celá terapeutická skupina vykázala rozpoznatelně konstruktivní změnu oproti kontrolní skupině.

Znovu však musím na tomto místě zdůraznit, že **mnoho ukazatelů zde nebylo statisticky průkazně rozdílných mezi skupinami**. Nebyl zjištěn rozdílný stupeň v procesu změny v průběhu terapie. Neukázal se v průkazné míře vztah mezi stupněm terapeutovy empatie, kongruence a akceptace a stupněm procesu posunu u klienta. Toto je však vysvětlováno faktem, že zde byl **obecně malý posun v procesu**. V tomto bodě lze tedy výzkumný projekt považovat za „neúspěšný“.

U neurotických či normálních klientů bylo zjištěno, že v druhé půli terapeutické hodiny mají sklon k hlubšímu prožívání než v první půli hodiny. Takový rozdíl však nebyl u schizofrenních klientů zjištěn. Jejich **hloubka prožívání a otevřenost se v průběhu terapeutické hodiny výrazně nelišila**.

Jedním z důležitých pozitivních zjištění studie bylo, že skupina schizofreniků, která dostávala od svých terapeutů nejvyšší stupeň přesné empatie, vykázala nejvyšší pokles schizofrenní patologie měřené subškálou pro schizofrenní tendence v MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Také ti **klienti, kteří vnímali vysoký stupeň kongruence ve svém vztahu k terapeutovi, byli nezávisle oceněni jako vykazující nejvyšší stupeň změny**. Následovali pak klienti, jejichž terapeutické vztahy byly vysoce empatické. Pak byli oceněni klienti z kontrolní skupiny. Nejnižše skončila skupina klientů, kteří dostávali individuální psychoterapeutická sezení, ale v jejichž terapeutickém vztahu bylo málo empatie a kongruence. Ti pak byli hodnoceni jako nevykazující

změnu, nebo dokonce vykazující změnu regresivní, tedy mírné prohloubení patologie.

Stanovisko ze začátku výzkumu, totiž že terapeutem nabízené postojové podmínky působí terapeutický proces v klientovi a způsobí konstruktivní změnu v klientově osobnosti a chování, nebylo plně dokázáno. *Ve statistických analýzách autoři nenalezli evidentní pozitivní korelaci mezi podmínkami a procesem posunu klienta.* Částečně tomu bylo tak proto, že posun v procesu byl u skupiny schizofreniků malý.

Hypotéza o stejném terapeutickém procesu pro všechny klienty byla tedy všeobecně prokázána. Největší rozdíl, který se objevil ve zjištěních, byl, že schizofrenici se zkraje nejdříve více zaměřují na vztahové formování než na sebeexploraci (oproti neurotickým klientům) a tak jsou některé prvky procesu více charakteristické pro neurotiky než pro schizofreniky.

Třetí hypotéza o větším konstruktivním posunu v terapeutické skupině nebyla ve všeobecnosti statisticky prokázána.

Ukázalo se, že *facilitující podmínky ve vztahu jsou pro schizofrenní jedince stejné a bez velkých odlišností od podmínek pro neurotiky.* To vypovídá o potřebě zacházet se všemi klienty stejně, s psychotiky, s normálními, s delikventy, s neurotiky. Vypovídá to *o potřebě nalézt postojové kvality vztahu osoby k osobě, nereagovat primárně na diagnózu, na problém, ale snažit se porozumět jedinci.* To vyžaduje intenzivní zaměření na vztah jako na nejdůležitější prvek navozující změnu v osobnosti.

Studie také ukázala, že použité měřicí nástroje jsou hrubé a potřebují zjemnění a vytříbení.

Velmi pozitivně hodnoceným počinem výzkumníků bylo *hodnocení terapeutického procesu, terapeuticky účinných momentů a terapeuticky neúčinných momentů šesti čelními terapeuty různých teoretických zaměření. Na člověka zaměřený přístup měl tak šanci vidět sebe sama tak, jak je vidí jiní, jinak orientovaní odborníci.*

Podrobnější popis jejich hodnocení by však přesahoval rámec této práce, avšak všeobecně lze shrnout sdělení těchto terapeutů ohledně přínosů Přístupu zaměřeného na člověka. Terapeuti orientovaní na

člověka přispěli nepochybně tím, že dali praktický význam komunikaci s citlivým empatickým rozuměním. Ukázali schopnost přejít do, pohybovat se v a zůstat uvnitř neobyčejného světa klienta. Jinak orientovaní terapeuti se shodli také na tom, že v rámci PCA byl rozvinut model a styl komunikace, který podporuje individualitu klienta. Akceptací klientovy komunikace jako důležité a převzetím odpovědnosti klientem natolik, nakolik je to v danou chvíli možné, a dovolováním klientovi, aby měl centrum hodnocení v sobě, posilují klientovu nezávislost na okolí a posilují v něm pojetí sebe jako hodnotné, schopné a život zvládající osoby.

4.6. Preterapie – alternativa PCA pro akutní stavy

Do této chvíle jsem se věnovala zvláště tradičnímu pojetí rogersovské psychoterapie. V této kapitole se chci věnovat základům Preterapie, která z velké části vychází práce z Přístupu zaměřeného na člověka. Jde o modifikaci PCA pro pacienty, se kterými je obtížné vstoupit do kontaktu a tak vytvořit možnost vzniku psychoterapeutického vztahu. Pacienti v akutní fázi psychotického onemocnění mají často velké obtíže s navazováním kontaktu i při citlivém, empatickém a přizpůsobujícím se přístupu terapeuta ke klientovi.

Kromě zmíněné modifikace přispěly ke vzniku Preterapie i další myšlenkové proudy a teorie – psychoanalýza Lacana, fenomenologie Minkowského, existencialismus a fenomenologie Langa, koncepce Perlse, ale i Freudova koncepce snů. Na Preterapii lze také pohlížet jako na určité vyústění a prohloubení Gendlinova prožívání a focusingu. Zájemce o více informací týkajících se vzniku a teoreticko-filozofického pozadí preterapie odkazují na literaturu – v češtině např. Prouty, Werde, Pörtner (2005), nebo mnoho publikací angličtině, odkazy na ně lze nalézt v uvedené české knize.

Jak jsem již uvedla v úvodu kapitoly, *mají klienti v akutní fázi psychotického onemocnění většinou obtíže s navazováním kontaktu s druhými lidmi. Bývají pohlceni vlastním světem, mají potíže ve vztazích*

druhými lidmi, kteří vnímají skutečnost tak odlišně. Je propastný rozdíl mezi vnímáním psychotických jedinců a vnímáním jejich (nepychotického) okolí. Jedinec s psychózou v důsledku toho prožívá pocit osamocení. Někdy je i pro zkušené terapeuty velmi obtížné navazovat vztah s člověkem akutně psychotickým. Ale pouze skrze vztah mu můžeme být prospěšní. ***Preterapie nabízí vhodnou alternativu pro navazování vztahu s jedinci, u kterých jsou běžné způsoby neúčinné.***

Kontaktní práce, tedy práce terapeuta a klienta na navázání psychologického kontaktu, je skutečně přístupem zaměřeným na klienta. Kontaktní práce respektuje klientovo psychotické prožívání, nepotlačuje ani neodmítá klientovy halucinace a bludy. (Clarke, 2005) Tak nabízí klientovi, se kterým chceme vstoupit do kontaktu pocit bezpečí a důvěry.

Terapeut (ale vlastně kdokoli, kdo usiluje a to vstoupit do kontaktu s jedincem s omezenými schopnostmi navazování kontaktu s druhými lidmi) ***může navazovat psychologický kontakt skrze tzv. kontaktní reflexe.*** Psychologický kontakt na straně klienta je cílem v úsilí terapeuta. Jde o ***úsilí o rozvoj realitního, emocionálního a komunikačního kontaktu.*** Výsledek terapeutova snažení skrze kontaktní reflexe se projevuje v kontaktním chování klienta. O těchto jednotlivých aspektech Preterapie budu hovořit v následujícím textu.

Jedinec má běžně rozvinuté tzv. kontaktní funkce. Ty Prouty (Clarke, 2005, Prouty, Werde, Pörtner, 2005) dělí do tří oddílů: realitní kontakt, emocionální kontakt a komunikační kontakt. První z nich, ***realitní kontakt, je jedincovo funkční vědomí osob, věcí, okolí a událostí a okolností, které jsou propojeny časově.*** Toto vše je spojeno s jeho smysly a je součástí jeho světa. Lze mluvit též o plném uvědomění si světa.

Emocionální kontakt je naše schopnost být s kontaktem se vlastními náladami, pocity a emocemi. Emocionální kontakt je skutečně lidská součást naší existence a pomáhá nám pociťovat prožívanou část uvnitř světa. Vždy se vztahují k jedinci, k jeho self.

Komunikační kontakt umožňuje jedinci zprostředkovat jeho myšlenky a pocity skrze jazyk druhým lidem tak, že je pro ně

srozumitelný, že mu druzí lidé rozumí. Jde o symbolické vyjádření jeho reality a jeho pocitů druhým lidem.

Kontaktní chování zažívají ostatní lidé jako očekávatelnou samozřejmost. Očekáváme, že se kontaktně budou chovat všichni, nebo alespoň valná většina lidí. Avšak, i když např. pouze sníme (zde mám na mysli denní snění), vystupujeme z realitního kontaktu a tím i z emocionálního a komunikačního. Tím, že ztratíme kontakt se sdílenou realitou, dostáváme se do svého vlastního světa. Tento vnitřní svět však již není plně srozumitelný druhým lidem, někdy je i naprosto nepochopitelný. Podobně je tomu u lidí s psychotickou atakou, kteří se v té chvíli pohybují právě téměř úplně se svým soukromém světě.

Přesto není nemožné navázat kontakt i s těmito lidmi. Prouty a jeho spolupracovníci vytvořili zásady Preterapie, která umožňuje přiblížit se ke světu druhých a pozvat je do světa většiny lidí (Prouty, Werde, Pörtner, 2005). ***Když terapeut chce navázat vztah s klientem, je zapotřebí, aby byl připraven empaticky být s trpícím klientem. Musí také být schopen akceptovat klientovo primitivní a jednoduché vyjadřování. Zároveň musí být v používání technik autentický a přirozený.***

Kontaktní reflexe jsou způsoby uskutečňování empatického kontaktu s klientem. Je indikované je použít tehdy, pokud klient není schopen navázat s druhými, resp. s terapeutem, realitní, emocionální nebo komunikační kontakt. ***Kontaktní reflexe jsou vysoce konkrétní a jednoznačné.*** Často jsou opakované, duplikované. V kontaktních reflexích reaguje terapeut velmi citlivě na regredované chování klienta, respektuje jeho způsoby chování, komunikace a vyjadřování. (Clarke, 2005)

V praxi využíváme ***pět existujících druhů kontaktních reflexí. Jde o situační reflexe, obličejové reflexe, tělové reflexe, slovní reproduktivní reflexe a zopakované reflexe.*** V situační reflexi reaguje terapeut na klientovu aktuální situaci, jeho okolí, v němž žije nebo se právě nachází a reflektuje jej nebo klientovo chování v něm. Obličejovou reflexí míníme reflexi pozorovaných emocí v klientově tváři. Tělová reflexe analogicky vyjadřuje klientův postoj, pohyb, a to slovně, nebo i nápodobou. Slovní reproduktivní reflexe (word-for-word reflection) je doslovné zopakování toho, co klient vyslovil, používáme ji zejména při úlomkovité řeči klienta,

kdy slyšíme tzv. slovní salát či neologismy, nebo když klient řekne pouze ojedinelé slovo či větu. Zde se klient vyjadřuje na předřečové úrovni, proto mu nerozumíme v pravém slova smyslu, avšak prostřednictvím této reflexe se mu můžeme přiblížit. Konečně v zopakované reflexi se uplatňuje princip úspěchu. Vidíme-li, že předchozí reflexe byla účinná, použijeme ji znovu, samozřejmě zde přihlížíme k celkovému kontextu situace a vhodnosti a načasování opětovného využití reflexe. (Prouty, Werde, Pörtner, 2005)

Výše popsané *reflexe promlouvají ke klientovi na předexpresivní úrovni*. Klient, pokud se vůbec vyjadřuje slovy, se vyjadřuje často nesourodě, pro nás nesmyslně a nesrozumitelně. Jako by slova či věty na sebe nenavazovaly. V naprosté většině případů se však ukazuje, že slovní vyjádření se vztahují ke skutečným zážitkům, vyjádření však bývají zhuštěna, říkána vytrženě z kontextu a zpřeházeně.

Na první pohled může Preterapie působit velmi jednoduchým dojmem. Můžeme být přesvědčeni, že není obtížné použít kontaktní reflexe a navázat tak „bez velké práce“ kontakt s klientem. Není to však tak. *Vhodné a úspěšné použití kontaktních reflexí vyžaduje schopnost vstoupit do velmi primitivního světa a komunikovat s klientem na jeho úrovni*. Vyžaduje tedy od terapeuta usilovat o co největší přiblížení se klientově předexpresivní úrovni.

Preterapii nelze považovat za způsob skutečné terapeutické práce. Je to *způsob, jak můžeme navázat vztah s klientem, který má velké obtíže v této oblasti a nebylo by jinak vůbec možné s ním začít pracovat terapeuticky*. Terapeut musí být schopen jemně reagovat na úroveň, ve které se klient nachází. V akutním psychotickém stavu je klient často na předexpresivní úrovni. Přejít k expresivní úrovni však není skokovitý, ale pozvolný. Pörtner (Prouty, Werde, Pörtner, 2005) zdůrazňuje nutnost, aby terapeut byl schopen citlivě odečítat stav, ve kterém se klient aktuálně nachází a podle toho pružně přecházet od preterapeutických kontaktních reflexí k tradiční terapii zaměřené na člověka.

Ještě bych se chtěla s čtenáři podělit o vlastní zkušenosti s aplikací preterapie v praxi. Představím i zkušenosti dalších praktiků, se kterými

jsem o využívání tohoto přístupu k navázání vztahu a zkušenostech s preterapií hovořila.

Já sama mám s Preterapií pouze omezené zkušenosti. Kontaktních reflexí jsem využila pouze u několika málo pacientek z našeho oddělení. Většinou se vyplatilo soustředit se na stav a úroveň pacientky a snažit se jí přiblížit. Bylo přínosné kotvit v realitě a naší interpersonální situaci pomocí kontaktních reflexí. Pacientky často překlenuly předexpresivní úroveň a vystoupily ze stavu naprosté izolovanosti a zmatenosti na úroveň umožňující běžný verbální kontakt. Osvědčilo se mi dopřát jim čas, pozornost, naslouchání, plné akceptování i nabídku empatického vztahu bez nátlaku a podmínek.

Využila jsem v rámci akutní péče o hospitalizované pacientky v několika případech kontaktní reflexe. Mohu svou zkušenost zhodnotit jako pozitivní. Využila jsem situační, tělové a obličejové reflexe, a to ve chvílích, kdy pacientka chtěla pohovor, projevila o něj spontánně zájem, avšak sama spontánně příliš nehovořila a byla patrná její psychická nepohoda. Na tyto reflexe pacientky reagovaly často s úlevou narušení ticha a dodání určité hmatatelnější struktury kontaktu. Někdy i zareagovaly na reflexe bližším vysvětlením, nebo prostě jim prolomení ticha pomohlo rozhovořit se.

Reproduktivní a zopakované reflexe jsem nevyužila z důvodu, že mi nejsou příliš blízké a necítila bych se uvolněně při jejich vyslovení, nebyla bych kongruentní. To je důležitý aspekt možnosti uplatnění preterapeutických reflexí, totiž že musí být od terapeuta autentické, nesmí být umělé a hrané. Mám takovou zkušenost, že klientky, se kterými jsem pracovala, byly vysoce vnímavé ke každému projevu i pouze náznaku neupřímnosti, lhostejnosti a naučeným frázím od kohokoli – personálu i spolupacientek.

Hudlička považuje Preterapii za velmi inspirativní, avšak připouští, že v praxi má s aplikací kontaktních reflexí určité obtíže. Připomíná případ jednoho svého klienta, který k němu chodí na terapeutická sezení dlouhodobě. Téměř nehovoří, patrně má hlasy, možná i jiné druhy halucinací. Má často zásadní potíže s orientací v realitě. Hudlička hovoří o nejistotě, kterou pociťuje, pokud se v rámci situačních a tělových

reflexím pokouší navázat kontakt s tímto klientem. U mnoha psychotických klientů vlastně totéž, co je náplní kontaktních reflexí, mohou říkat hlasy, které komentují klientovo chování. V takovém případě to klient může prožívat nikoliv jako úlevné a uvolňující, ale naopak může takové výroky terapeuta prožívat jako velmi nepříjemné. Hudlička používá preterapeutické reflexe spíše nesystematicky, když se něco stane, když na klientovi pozoruje nějaký vnitřní proces či pohnutí.

Albrich má na preterapii spíše skeptický pohled. Hodnotí její reflexe a postupy jako přehnané. Necítí se v tom autenticky, proto tyto postupy v praxi nevyužívá.

4.7. Terapeutické postupy a chování terapeuta při psychoterapii psychotických klientů v rámci PCA

Každý terapeut ve své praxi nalezne různé způsoby chování v terapii, které jej zprostředkují klientovi a které působí na klienta spontánně a přímo. V této kapitole se budu věnovat popisu možných terapeutických intervencí a návrhů na terapeutické chování v terapii. V psychopatologii je postup výkladu terapeutického působení na pacienty ve smyslu diagnózy. Je tedy popisováno, jak má terapeut postupovat při terapii pacienta s konkrétní diagnózou. Já však budu postupovat v rámci své práce způsobem, který je vlastní rogersovské psychoterapii a který je odlišný od kategorizování v psychopatologii. Budu zde formulovat návrhy, co dělat, když pacient dělá to a to. To vytváří kategorie nikoliv totožné s diagnózou, ale kategorie možného chování a prožívání klienta v rámci terapie. Formulace tedy postavím na tvrzeních, že ***pokud se klient chová v terapii tak a tak, pak užitečné a je pomáhající udělat to a to, reagovat tak a tak.***

Nepůjde v žádném případě o komplexní „kuchařku“, jak provádět celkově úspěšnou psychoterapii psychotických klientů v rámci PCA. To snad není ani v rámci tohoto přístupu možné. Pokusím se vypíchnout důležité a problematické momenty, které se mohou vyskytovat v průběhu

terapeutických sezení a celého terapeutického procesu těchto klientů. Budu se zde zabývat zvláště a téměř výhradně chováním, se kterým se setkáváme častěji u psychotických klientů a které může zároveň v terapeutovi vyvolávat otázky, jak nejlépe zareagovat a na co se primárně zaměřit.

Při koncipování kapitoly budu vycházet z přehledu, který publikoval Gendlin (in: Rogers ed., 1967). Pokud půjde o poznatky formulované Gendlinem, budu v textu vycházet výhradně z této uvedené práce, proto v úsilí o netříštění textu nebudu dále v této kapitole na tuto konkrétní publikaci již odkazovat. Uvedu vždy už pouze jeho jméno a jeho myšlenky budu uvádět oddělené v odstavcích, stejně tak zkušenosti Albrich, Hudličky, Peškové i své uvedu také v samostatném odstavci.

Gendlin se zabývá *třemi obecnými druhy možného chování klienta v terapii*, a to klienty mlčícími a nereagujícími, klienty mlčícími, ale reagujícími, a klienty hovořícími, ale jen o vnějších skutečnostech a ne o osobních významech. Tyto tři možné varianty obecného chování klienta v terapii jsou považovány za obtížněji zvládnutelné, proto jim také Gendlin věnuje zvláštní pozornost. Budu se jimi i já zabývat a kromě Gendlinových poznatků uvedu i zkušenosti vlastní a případně zkušenosti Albrich, Hudličky a Peškové (z rozhovoru s autorkou).

V rámci terapeutického setkání se pochopitelně nesetkáváme pouze s těmito třemi formami možného klientova chování. Tyto tři druhy však vnímám jako problémovější pro terapeuty bez zkušenosti s psychotickými klienty a často se u psychotických klientů vyskytující, proto jim budu věnovat větší pozornost. Mnoho dalších projevů chování psychotických klientů se nijak výrazně neodlišuje od jiných forem chování nepsychotických klientů a lze tedy bez obtíží a větších zaváhání uplatňovat obecné zásady rogersovské terapie a dovednosti terapeuta získané v rámci výcviku v Přístupu zaměřeném na člověka.

Terapeut je v PCA hodně závislý na tom, co klient vyjadřuje, ať už slovy, nebo neverbálně. Klient vede terapeuta, který jej následuje a usnadňuje klientovi cestu, provází ho a poskytuje mu odvahu, podporu a další pohled na „okolní krajinu“ jeho duše. Terapeut se nechává klientem vést tak, aby věděl, co má v kterou chvíli říci a co má udělat. Terapeut

v rámci tohoto přístupu téměř výhradně reaguje na projevy klienta. Sám do terapie v podstatě nevnaší nová témata, věnuje se těm, která jsou důležitá v té které chvíli pro klienta. Terapeut však může začít váhat, pokud klient sám do terapie v dané chvíli sám nic neinvestuje a terapeut tak nemá na co reagovat.

Gendlin uvádí, že i *v interakci s takto nereagujícím klientem pokračuje v práci a jednání bez toho, aniž by mu klient dal najevo, že ho slyší, souhlasí s ním nebo ho odmítá.*

Podobně se chováme v terapii já, Hudlička, Pešková i Albrich. I my dáváme klientovi najevo svou přítomnost tím, že na něj hovoříme i bez jeho přímé odezvy. Já jsem s klientem po určitou dobu, většinou 10-15 minut, a pokud za celou dobu nezachytím nějaký signál od něj, pak mluvím o dnešním ukončení setkání a nabídce dalšího, pokud o to bude klient stát. Pokud mi v dalších dnech nedává najevo svůj zájem, zajdu za ním s nabídkou setkání, ale to již pouze v krátkosti společenským prohozením pár slov na chodbě a opakovaně verbalizovanou nabídkou.

Pešková má v takové chvíli dobrou zkušenost s navazováním kontaktu pomocí preterapeutických reflexí, a to zvláště tělových, situačních, příležitostně u nesrozumitelně hovořících klientů slovních reproduktivních reflexí. Já používám v takové chvíli rovněž tělové, velmi často obličejové a situační reflexe. Peškové se tímto způsobem daří klienta v dané chvíli ukotvit v přítomnosti, zmírnit jeho případnou aktuálně prožívanou úzkost a postupně přejít k pro něj běžnému způsobu komunikace. Mé zkušenosti jsou podobné. Klienti na takové mnou autenticky použité reflexe reagovali s úlevou od obtížného ticha, obrácením pozornosti více do přítomnosti a lepším vnímáním našeho setkání.

Gendlin v takové chvíli předpokládá, že *hovoří k vnímavé osobnosti, která je tam někde uvnitř pod nereagující fasádou klienta.* Snaží se reagovat na plně lidskou osobnost, která téměř určitě trpí, je možná ztracená a možná neschopná nebo nechtějící vyslat mu nějaký signál.

Stejný postup v zásadě uplatňujeme všichni (já i tři oslovení terapeuti). Terapeutovo chování se nemá lišit od běžných reakcí na běžné

klientovo chování. Vždy u klienta přepokládáme plně lidskou osobnost, která má potíže, necítí se dobře a není nyní schopná se s problémy vypořádat sama. To je i zde u nereagujícího klienta stejné. Terapeut se chová podobným způsobem, jen k tomu nedostává potvrzení v podobě klientovy reakce.

Důležité je usilovat o *navázání kontaktu s klientem*. Gendlin si zkoušel k němu sednout na zem, aby mu byl blíž. Zkoušel se sehnout a snažil se na klienta sedícího s hlavou svěšenou pohlédnout zespoda. To doprovodil komentářem, proč to dělal, neboť to není chování, které by klient znal od svého okolí. Řekl mu třeba, že si občas přeje být mu blíže, nebo si přeje, aby se na chvíli střetli pohledem.

Pešková doporučuje *jistou opatrnost při prvním navazování kontaktu s psychotickým klientem*. Pokud přicházela ke klientům „příliš rychle a s plně otevřenou náručí“, často je to vystrašilo a místo možného kontaktu se stahovali do sebe. Příliš rychlá nabídka vztahu je zaskočila a nevěděli, jak s ní naložit, možná se obávali i nějakého závazku. Osvědčilo se jí vstupovat do kontaktu *pomalou a postupně*, od běžného setkání se a pozdravu na chodbě, přes nezávazný hovor na společenské místnosti či na vycházce, postupně k společnému individuálnímu sezení o v pracovním.

Pokud terapeut hovoří o tom, co se domnívá, že klient cítí, je velmi *důležité jasně sdělit* a připomínat klientovi, že to, co mu terapeut říká, aniž by mu on dal zprávu o souhlasu či nesouhlasu, jsou jen a *pouze terapeutovy představy a domněnky o tom, co klient možná prožívá*. Gendlin také svým klientům neříkal, že to a to prožívají, ale že to, co jim říká o jejich prožívání, je jeho úvaha o tom, co oni asi prožívají.

Stejně tak je velmi důležité jasně vyjádřit, *kdo z nich má určité a vyjadřované pocity*. Terapeut může v jedné chvíli hovořit o pocitech, jaké předpokládá u klienta, v druhé chvíli hovořit o svých pocitech. V každý moment musí být klientovi zřejmé, o čích pocitech terapeut v danou chvíli hovoří.

O tichu v rámci terapeutického kontaktu hovoří Gendlin jako o něčem konkrétním, co je tam mezi nimi a co mají v dané chvíli společné. V běžném sociálním kontaktu je ticho přebíjeno vždy nějakým hovorem, cítíme, že musíme něco říkat. Gendlin upozorňuje na svoji zkušenost, že

zvláště poté, co terapeut hovořil, může nastalé ticho vyvolávat u klienta tenzi. Klient může v takové chvíli cítit, že by měl něco říct, protože tak se to dělá. Přitom k jakémukoli hlasitému slovu může cítit odpor, nebo prostě neschopnost jej vyslovit. Gendlinovi se osvědčilo sdělení klientovi v takovém smyslu, že ticho je v pořádku a že on může s klientem pobýt i v tichu a je to pro něj v naprostém pořádku. Gendlin cítí, že i pouhé bytí v tichu s klientem je něco, i když o ničem nehovoří.

Mám stejnou zkušenost. Některé pacientky žádají o rozhovor a pak při společném sezení mlčí. Jedna z nich mi při jednom sezení, které následovalo po několika sezeních naplněných tichem, sdělila, že pro ni to **bylo velmi důležité, moci být se mnou a nic neříkat**. Že to pro ni byl azyl před hlučným světem a ona vnímala každou chvíli společného ticha jako osvěžující. Bylo pro ni osvobozující pouze být a neplnit něčí požadavky na to, co by měla dělat a jak by se měla chovat. Přitom byla naplněna zároveň její touha po lidské společnosti. Hudlička v rozhovoru popisuje podobnou zkušenost s klientem, jehož matka mnoho hovoří a organizuje jej. Pro tohoto klienta je podle jeho zkušeností velkou hodnotou moci být hodinu týdně v klidu a tichu, kdy se nemusí nic dít, protože doma je to obráceně.

V krátkém, častěji však v delším tichu se klient může cítit ztracen. Proto je podle Gendlina dobré, aby **terapeut ticho chvílemi**, po několika minutách, **přerušil na okamžik nějakým výrokem vztahujícím se k přítomnosti**. Nejlépe je, když takový výrok nevyžaduje nutně odpověď, ale ani ji nijak nebrzdí. Pokud výrok odpověď očekává, je třeba současně klientovi vyslat jasnou zprávu o tom, že terapeut bude rád, pokud mu odpoví, ale nemusí to udělat a i to je v pořádku. Tuto zkušenost sděluje Gendlin na základě své praxe. Snažil se zaměřit na své myšlenky a pocity a dávat je pro sebe do slov. Po nějaké době našel některou z těchto vnitřně formulovaných myšlenek vhodnou pro sdělení klientovi. Není to však plně a doslovně formulovaná myšlenka či pocit, formulace sdělovaná nahlas klientovi by měla z terapeuta vycházet spontánně a být v té chvíli slovo od slova nově formulovaná. Není žádoucí snažit se klientovi sdělit nějaké předem „naučené“ sdělení.

Dalším důležitým poznatkem při práci s psychotickým klientem je, že každé, třeba *i krátké setkání může být pomáhající*. Gendlin uvádí, že i když vytváříme 50minutová setkání s klientem, klient sám toto často neočekává. Gendlin přicházel za klientem ve chvíli, kdy má čas. Většinou klientovi při takovém setkání předem neříkal, na jak dlouho přichází, ale neodcházel ani náhle. Když potřeboval odejít, upozornil na to klienta, ještě chvíli s ním zůstal a pak teprve odešel. Stejně tak, pokud klient zastavuje terapeuta na chodbě, může s ním terapeut několik minut intenzivně hovořit, i když pak musí jít dál.

Mám sama tu zkušenost, že psychotický klient může cítit dobu klasického terapeutického sezení jako nesnesitelnou a příliš zatěžující. Na klienta lze terapeuticky působit i bez mnohahodinového závazku. I krátká, intenzivní a lidsky hluboká interakce může klientovi poskytnout úlevu, povzbuzení i posílit jej na jeho další cestě. Již jsem uvedla, že pokud klient při našem společném sezení nijak nereaguje, neusiluji o naplnění klasické doby terapeutického setkání, obvykle stačí čtvrt hodina na to, aby klient zažil určitou blízkost, klid a uvolnění. Zároveň mu touto dobou poskytuji čas, aby se mohl rozmluvit. Pokud se mu to ten který den z jakéhokoli důvodu nedaří, vždy odchází s vědomím, že se můžeme setkat jindy.

Je obecným terapeutickým cílem, *aby klient mohl z interakce čerpat, i když tam terapeut není fyzicky přítomen*. Klient velmi často není schopen dobře popsat, co mu vlastně terapeut říkal, o čem přesně spolu hovořili. Mnohem důležitější se stává samotná mezilidská interakce. Gendlin zdůrazňuje, že taková terapeutická interakce může dávat klientovi kontext, ve kterém se může setkávat a být i s druhými lidmi a sám se sebou.

Gendlinovi se osvědčilo *být aktivní* ve smyslu pohybu, přisednutí, změny polohy, dojití si pro pití a nabídnutí téhož klientovi, případně krátkého osobního sdělení o tom, jaký měl den. Jde o to být aktivní a svou aktivitou aktivizovat klienta. Další aktivizací je navrhování klientovi dělat běžné „zdravé“ činnosti, jako třeba dojet si nakoupit, nebo jít mezi lidi. Terapeut sám ještě dříve, než sám klient chce, ho může pozvat, aby s ním šel někam – do blízkého obchodu, bavit se s ostatními do společenské

místnosti apod. Taková nabídka je opět pouze otevřenou nabídkou, kterou je v pořádku odmítnout. Terapeut klientovi říká, že možná, že teď ještě ne, ale později možná ano a terapeut že je ochoten na takové oslovení pozitivně reagovat.

Přístup zaměřený na člověka může psychotickému klientovi podle vyjádření Peškové přinést **větší pocit kompetence**. Sama podporují toto přesvědčení i svou vlastní zkušeností. V první chvíli je klient často ztracený, chce radu, chce slyšet, co má dělat. Pokud však v takové chvíli klientovi zcela v tomto ohledu nevyhovíme a maximálně mu pouze něco nabídneme, musí klient stejně rozhodnutí učinit sám a musí vyvinout vlastní aktivitu k uskutečnění tohoto rozhodnutí. Psychotičtí klienti se často setkávají s výroky, že něco dělat nemají, nemůžou, že na něco nestačí. Často je jejich blízcí zbavují povinností a tak i kompetencí. Já i Pešková zjišťujeme v průběhu terapeutických sezení s těmito klienty, že pokud je přimějeme převzít alespoň část iniciativy, zažijí pocit úspěchu, pocit kompetence. Ten je pak dále posiluje v dalších samostatných rozhodnutích a aktivitách.

Terapeut by se měl snažit pacientovi **pomoci znovu propojovat s vnějším světem a každodenním životem**. Gendlin na tom spolupracoval s dalšími odborníky i rodinou. Z odborných profesí jde zejména o sociální pracovníky, lékaře, event. další psychology, terénní terapeuty apod. Klient přitom není rozdělen na problémy, které řeší jednotliví odborníci, ale všichni spolupracují a pomáhají klientovi jako osobnosti kontextu jeho života.

Je velmi obtížné mít jistotu při odhadu, co druhý prožívá. Často čteme prožívání druhého chybně. Gendlin mluví o tom, že když **cítí nespecifický diskomfort**, začne hledat specifický význam a obsah toho, proč cítí tento diskomfort. Hledá tento obsah a význam nejdříve v aktuální situaci a právě proběhlé interakci. Může ho odhalit v okolí, v uspořádání setkání, v klientovu chování, mluvení, nebo v sobě. Nejprve je vhodné, aby **terapeut pocit nepohodlí ignoroval**, odsunul jej do pozadí, ale pokud **se takový pocit vrací, je dobré se mu věnovat**. Klientovi může terapeut sdělit toto nepohodlí a navrhnout změnu, jak s nepohodlím naložit a zmírnit jej. Klient může tento návrh opět přijmout či odmítnout. To, že

terapeut ukáže klientovi, že také prožívá i nepříjemné pocity, to, že je sdělí ve vřelé a otevřené atmosféře, dává klientovi poznání, že terapeut je člověk jako on, že není lepší, moudřejší, dokonalejší, že má své potřeby, přání i pošetilosti.

Klient je zvyklý slýchat, že mnoho z toho, co dělá, je špatně, že to i druhé zraňuje. Jsou to výroky o něm, že on je špatný, je v něm něco špatného. Jsou to výroky o klientově vině. Terapeut by se naopak měl snažit ***sdělit nepříjemný pocit tak, aby mu klient rozuměl, ale aby zároveň rozuměl tomu, že to není jeho vina***. Gendlin takový výrok ukazuje na pocitu nudy. Běžně říkáme, je nás druhý člověk nudí. Gendlin se zasazuje o to, aby se terapeut před vyjádřením nepříjemného pocitu sám sebe zeptal, proč takový pocit má. Konkrétně na uvedeném příkladu, proč se nudí. Klientovi pak může říct např. „místo nudíte mě, chtěl bych od vás slyšet něco více osobního, nebo vyprávíte mi stále, co se stalo, zajímalo by mne, co to pro vás znamená“ (Gendlin in: Rogers ed., 1967, s.390).

Albrich, Hudlička, Pešková i já máme stejné zkušenosti. Takový způsob sdělování terapeutových pocitů však nesouvisí pouze s psychotickými klienty, ale vůbec s rogersovským přístupem jako takovým.

Psychotický klient někdy ***může hovořit velmi rychle, zhuštěně, monologicky***. Pokud takovým způsobem klient hovoří, má ho podle Gendlina ***terapeut zastavit a sdělit mu, že ho nestačí sledovat*** a že by mu rád porozuměl. Pokusí se reprodukovat klientovy věty, pokusí se formulovat, jak jim rozuměl a zeptá se klienta, jestli je to tak správně. Pak teprve má terapeut nechat klienta hovořit dál. Gendlin nenechává klienta mumlat nebo rychle a zhuštěně hovořit tak, aby mu nerozuměl. Pokud nechá terapeut klienta takto hovořit, může mu na konci takové sekvence dát pouze nějakou vágní a obecnou odpověď, která však klienta nijak neosloví a utvrzuje ho v jeho osamělosti a podporuje jeho autismus.

Mnozí klienti přicházejí na terapeutická setkání a je to pro ně velmi důležité. Nejsou však schopni hovořit jinak, než o vnějších věcech a událostech, jako např. co se stalo, co kdo udělal a řekl. ***Terapeutický proces při takových sezeních schází***. Gendlin takovému klientovi odpovídá takovým způsobem, že ***se snaží vyčíst v jejich vyprávění jejich pocity***, postoje, a vůbec jejich vnitřní referenční rámec. To sděluje

klientovi tak, aby to mohlo být klientem zkontrolováno, když se zaměří na své prožívání. Zkušenost má však takovou, že klient až příliš často nechce zkontrolovat tyto terapeutovy výroky, že se nechce věnovat svému prožívání. Terapeutův postřeh o klientově prožívání nemusí být správný, stejně pomáhající je, když klient terapeuta opraví, odmítne jeho pohled. Jde o to, že taková terapeutova reakce přiměje klienta pokusit se pohlédnout na své prožívání. Pokud se terapeutovi podaří, aby se **klient** byl ochoten dívat i na své prožívání, aby **byl ochoten dívat se na svět skrze uvědomovaný a pocíťovaný vlastní referenční rámec, dá se do pohybu terapeutický proces**.

Pešková rovněž uvádí zkušenosti se situací, kdy klient hovoří pouze o vnějších věcech. Osvědčilo se jí **nechat klienta hovořit, poslouchat jej**, protože může být v takové chvíli jedním z mála lidí, kteří jsou klienta vůbec ochotni poslouchat. V té chvíli není přítomen terapeutický proces ve svém tvrdém významu. Klient však prožívá blízkost druhého, **prožívá akceptaci od terapeuta**. Pešková se na takovou situaci dívá i jako na ventilaci pocitů, i když je klient explicitně neuvádí. Mluvení o vnějších, pro klienta nějak závažných událostech může být v té chvíli jediným možným způsobem, jak je klient schopen své pocity a prožitky sdělit. Pešková se pak pokouší **pocity v hovoru zachytit a pojmenovat je**. Klient je někdy podle jejích zkušeností schopen se zastavit, reflektovat pocity v sobě, porovnat je s nabídnutými terapeutem a případně pocity přijmout, nebo odmítnout. Často jsou klienti schopni přijmout pouze emoce pro ně bezpečné a většinou ne příliš silné. Proto i tak se snaží Pešková zachycené pocity formulovat, dávat jim spíše jemnější označení.

Pokud se terapeut snaží vyjádřit klientovi pocity, které si myslí, že klient prožívá, je důležité, aby si znovu uvědomil terapeut sám sebe i to, jak ke svému dojmu došel, z čeho tak soudí. **Sdělí tak klientovi nejen nějaký pocit, který možná cítí, ale také to, proč to tak terapeut čte, proč si myslí, že toto klient prožívá**. Pomáhá tak klientovi orientovat se i v druhých lidech, protože mu terapeut tímto způsobem nabízí možnost, jak číst rozpoložení druhých lidí. Dává to také klientovi zpětnou vazbu o tom, jak působí na terapeuta a proč.

Cokoliv, co klient říká, *může být prvním krokem k osobnější komunikaci*. Terapeut toho může opakovaně využívat a zkoušet, co je pro klienta tím pravým krokem k osobnější rovině setkání. Většina pokusů podle Gendlina selhává, což je běžné, avšak při některém pokusu terapeut uspěje a pokročí s klientem do nové roviny. Nelze však podle zkušeností Gendlina očekávat, že *přestup k osobnější komunikaci* je stálý. Naopak, *je většinou chvilkový a velmi nestabilní*. Po chvíli se většinou klient vrací na původní, odtažitější a vnějškovou rovinu. Ale i malý okamžik osobního rozhovoru je obohacující a umožňuje klientovi zkoušet zažívat blízkost, kterou jinak může pociťovat jako velmi ohrožující.

Albrich hovoří o tom, že Přístup zaměřený na člověka shledává vhodný pro psychotické klienty, i když není rychlý. Považuje jej za *pomalý přístup*, ale má zkušenost s jeho účinností, podle jejich zkušeností jeho *efekt vydrží déle*. Pro psychotické klienty je důležitá akceptace a podpora jejich růstu. Terapeut musí být otevřený a kongruentní podle ní již proto, že je pro klienta i vzorem, jak lze být v reálném světě a v reálných vztazích. Terapeut do terapie musí přinést i sebe, dát do setkávání i kousek svého života. Psychotičtí klienti podle jejich zkušeností potřebují *opravdové lidské setkání*, neboť jich mají velmi málo.

Klient se někdy ostýchá o určitých věcech hovořit, ať už proto, že se to nedělá, nebo proto, že to v minulosti zkoušel a byl odmítnut a nepochopen. Pokud to terapeut vycítí, nebo na to klient nějakým způsobem odkáže, má o tom podle Gendlina terapeut hovořit sám, otevřeně. Má dát najevo, že *je v pořádku hovořit o všem*. Má také klientovi komunikovat, že *pokud bude potřeba, můžou toho kdykoliv nechat* a „vycouvat“ z hovoru o této obtížně sdělované záležitosti. Terapeut může s klientem nejprve *hovořit o tom, co mu vlastně brání hovořit o tomto tématu*.

Pokud klient cítí z terapeuta otevřenost všem jeho zážitkům, *pomůže mu to odložit obavy* a alespoň částečně nechat terapeuta nahlédnout do svého „prapodivného“ světa. Vzpomínám si na klientku, která se mnou hovořila velmi zřídkka, vlastně nechtěla psychoterapii jako takovou, ale využívala náš vztah jako místo, kde může odložit svou masku milé a „poslušné“ pacientky a být se mnou i se svými strachy, velmi reálně

prožívaným zneužíváním kýmisi, svým neklidem, ale i případnými radostmi a úlevou, když psychotické prožitky ustoupily. Oceňovala i skutečnost, že sezení trvalo tak dlouho, jak ona cítila pro sebe v danou chvíli únosné, kdy cítila, že je to tak v pořádku. Oceňovala mnou vyjadřovaný postoj, že můžeme hovořit o tom, co ona považuje za důležité a pouze do té hloubky, kam ona sama chce jít.

Gendlin se také zabývá situací, kdy potřebuje klienta zastavit, zabránit mu v nějakém chování nebo jednání. ***Osvědčilo se mu dát klientovi najevo jeho pozitivní uznání, jeho přijetí terapeutem, když jej potřeboval omezit nebo zastavit v nějakém činu.*** Např. při přílišném klientovu úsilí dotýkat se terapeuta jej zarazil, avšak jemně a s doprovodem očního kontaktu, přičemž se ho sám v té chvíli dotýká rukou, když ho fyzicky od sebe odtahuje. Při takovém omezení se mu snaží Gendlin jasně ukázat, že oceňuje klientovo úsilí o fyzický kontakt a že ho vítá, avšak že ho nemůže dovolit vůči sobě.

Pokud se od klienta dozvím o tom, že má velmi reálné ***přání si ublížit***, že to chce provést, ***nereaguji zákazem, ale přijetím.*** Dám mu najevo, že slyším, co chce udělat, snažím se porozumět jeho pohnutkám k tomuto jednání. Zároveň však vyjádřím i své autentické pocity za sebe, např. že mě bude bolet, když to udělá, že cítím za sebe možnost nějakého východiska a jiného řešení. Vyjádřím i své přání, aby to klient zvážil a spíše nedělal. Klient má tak svobodu se rozhodnout, cítí, že je pro mě důležitý a že mě netěší, když si ubližuje. Cítí i mé přijetí jeho i v případě, že si ubližuje.

V interakci s psychotickým klientem je ***důležité, aby terapeut byl přirozený, nestrojený, upřímný a pravdivý v chování i slovech.*** Nemá být matoucí, rozptylující. Klient potřebuje mít možnost spolehnout se na to, že terapeutova slova a činy jsou doopravdy taková, jaká se jeví, že za nimi nejsou skryté významy. Klient potřebuje přehledný vztah, ve kterém si může zkoušet znovu vstupovat do interakce. Pokud terapeut udělá něco matoucího či rozporuplného, měl by o tom klientovi říct hned, jakmile si to sám uvědomí. Terapeutovým úkolem je usnadňovat všemi možnými způsoby klientovi být s ním a orientovat se v jejich interakci i vztahu.

O *práci s floridními psychotickými příznaky* jsem hovořila s Hudličkou i Peškovou. Oba mají podobné zkušenosti. S hlasy zacházejí jako s realitou, která je přítomná. Pokud je tomu klient otevřený, navrhuji o hlasech otevřeně hovořit, je možné hledat jejich význam i funkci, nechávají klienta, aby zkusil se sebou experimentovat.

Pešková má zkušenost, že pokud sama něco z neobvyklých prožitků zažila, jako např. pocit, že na ni někdo hledí, že za ní někdo jde apod. (i když ona sama nezná psychotickou hloubku těchto potíží), sdělí svůj prožitek klientovi. Také mám pozitivní zkušenost se dělením takových svých pocitů a prožitků klientům. Sdělím jim i odlišnost svých prožitků a jejich nicméně i jejich podobnost. Pro její klienty bylo úlevné toto slyšet, cítili, že nejsou ve všem tak pro ni záhadní a že jim může rozumět. Klienti slychají, že to, co cítí, tak není, ale ona jim říká, že možná to tak není, nicméně pro ně je to realita prožívání a při dalších interakcích jsou méně nastražení.

Albrich cítí, že klienti se v terapii *učí obecně větší citlivosti a vnímavosti*, a to jak ke svým pocitům, prožitkům, tak i k sobě a druhým lidem.

5. Kritický pohled na možnosti PCA v oblasti psychoterapie psychóz - diskuse

Na následujících stránkách položím otázky a budu hledat odpovědi, které se týkají využitelnosti Přístupu zaměřeného na člověka při práci s psychotickými klienty. Budu zde předkládat argumenty, které zpochybňují možnosti využitelnosti rogersovského přístupu v oblasti psychoterapie psychóz, a ty budu konfrontovat s hlasy hovořícími ve prospěch tohoto přístupu. Některé kritické výroky jsem uváděla i v předchozím textu, v následující části je však chci shrnout, případně doplnit o další diskutující hlasy, které doposud neměly příležitost zaznít.

Postupně si na následujících stránkách položím několik otázek, které se týkají vhodného psychoterapeutického přístupu k psychotickým klientům, zastavím se u formulace cíle psychoterapie s těmito klienty, pokusím se pohlédnout na vhodný psychoterapeutický přístup vzhledem k akutnosti nemoci a nakonec se budu věnovat hodnocení účinnosti Přístupu zaměřeného na člověka v oblasti psychoterapie psychóz.

5.1. Otázka č. 1: Který způsob psychoterapie je pro schizofrenní klienty nejvhodnější?

Pesimistický pohled na vhodnost psychoterapie pro schizofreniky byl, jak uvádí Perris (1993), mnohokrát potvrzen výzkumy. Nepotvrzená úspěšnost psychoterapie pro schizofrenní klienty není podle něj překvapující, neboť je vysoce nepravděpodobné, že by jakékoli léčení bylo vhodné pro všechny pacienty se stanovenou diagnózou schizofrenie a navíc ve všech fázích nemoci. Na druhou stranu považuje za chybné možné rozhodnutí, že psychoterapie není vhodná pro všechny schizofrenní pacienty. Zdůrazňuje, že povahou schizofrenie je heterogenita příznaků a multifaktoriální podmíněnost, a proto je třeba založit léčení na případové specifčnosti. Dobře diferencovaný psychoterapeutický přístup může být velmi důležitý v komplexní léčbě psychotických onemocnění.

Roder, Brenner, Kienzle a Hodel (1993) mají obdobný pohled na možnosti psychoterapie psychotických klientů. Jsou přesvědčení, že „samotná neuroleptika nezlepšují ani schopnost náhledu pacienta na svoje problémy, ani porozumění sama sobě, ani znovu nenapravují obraz sebe sama u těch, kteří se dostali do existenciálního otřesu psychotického zážitku. Stejně tak nemohou vést k novým kvalitám chování v bezprostředním mezilidském kontaktu nebo ke zvládnání sociálních požadavků. Proto jsou nezbytné další terapeutické metody, které disponují jinými mechanismy účinku a zasahují na jiné úrovni poruchy.“ (Roder, Brenner, Kienzle, Hodel, 1993, s.8)

Autoři jsou zaměřeni na zjištění deficitů na různých funkčních úrovních u klienta. Na podkladě těchto zjištění vytvořili „Integrovaný psychoterapeutický program“, který je zaměřen především na terapii „perceptivních a kognitivních poruch typických pro schizofrenii a dále na specifické deficity v celkovém sociálním chování“ (Roder, Brenner, Kienzle a Hodel, 1993, s.32). Tento program je postaven na nácviku v několika blocích co do zaměření se na určité deficity a zároveň je rozdělen do několika úrovní podle obtížnosti. Může pomoci klientům při potížích percepčních, kognitivních a při zvládnání konkrétních nároků sociálního chování.

Integrovaný psychoterapeutický program však nemůže podle mého názoru klientovi pomoci v dalších oblastech, které autoři v úvodu své knihy uvádějí jako neovlivnitelné neuroleptiky. Program nepracuje s klientovým náhledem na své problémy, nepracuje s porozuměním sama sobě, neusiluje o napravení obrazu sebe sama, nepracuje s existenciálním otřesem při psychotickém zážitku.

Jarolímek (Konference, 1999) představuje model optimální péče o schizofrenní klienty (pacienty), který obsahuje široké spektrum působících terapeutických možností. Jde o medikaci, edukaci klienta a okolí, psychoterapii, učení sociálních dovedností, pracovní rehabilitaci, rodinné intervence, nácvik kognitivních funkcí, stress management a krizovou intervenci.

Není pochyb o tom, že taková komplexní péče přináší klientům s psychotickým onemocněním maximum zisků, a to v různých životních a

psychických oblastech. Ne vždy je možné však v praxi takovou péči nabídnout všem klientům. A také ne všichni klienti jsou schopni a ochotni takovou péči přijímat a těžit z ní. Integrovaný psychoterapeutický program bude v Jarolímkově přehledu zastupovat místo nácviku kognitivních funkcí a učení sociálních dovedností. Jak jsem však uvedla, zůstává stranou ještě mnohé, co takové nácviky nemohou obsáhnout. Na tomto místě může pomoci psychoterapie.

Nejčastěji je referováno o využívání kognitivně behaviorální terapie (KBT) v rámci psychoterapie psychóz. Konečným cílem KBT je změnit jakýkoli neadaptivní návyk, který se rozvinul ve klientově způsobu myšlení anebo chování. Změna v myšlení či chování mu následně pomůže změnit to, jak se cítí. (www.psychozy.cz)

O možnosti využití zásad Přístupu zaměřeného na člověka v oblasti psychoterapie psychóz se v literatuře referuje málo a pokud, pak na úrovni využití jako podpůrné psychoterapie. Velký důraz je však vždy v psychoterapii psychóz kladen na reálný vztah mezi klientem a terapeutem. (Novalis, Rojcewicz, Peele, 1999)

Autoři však také hovoří o tom, že terapeut má dávat klientovi najevo, že nesouhlasí s klientovým reálným prožíváním halucinací, nebo že má jasně vyjádřit jemnou pochybnost nad bludy. Zastavme se u tohoto přesvědčení, se kterým se odvažují polemizovat.

Vyjádření pochybnosti o realitě klientových halucinací a bludů je možné částečně zahrnout pod autentický výrok terapeuta o svém prožívání a myšlení. Terapeut by měl v rámci Přístupu zaměřeného na člověka primárně setrvávat v referenčním rámci klienta, nechat se klientem provázet po jeho vnitřním světě.

Pešková v rozhovoru sděluje zkušenost, že klienti v rámci psychiatrické péče znají právě vyvracení reality jejich příznaků, slyší, že to tak není, jsou tak zpochybňováni. Sama jsem u několika klientek slyšela, že příště si raději nechají podobná sdělení týkající se jejich halucinací pro sebe, protože pokud o nich hovoří, mají pocit, že je to k jejich škodě. Podle mého názoru podpořeného zkušenostmi Albrich, Hudličky i Peškové, je v terapii vhodné pracovat s patologickými příznaky

jako s realitou, která je přítomná. Pokud je tomu klient otevřený, navrhuji o tom otevřeně hovořit, je možné hledat případně jejich význam i funkci.

Přístup zaměřený na člověka je založen na sebeexploraci a porozumění. To však hodnotící výroky o realitě a nerealitě brzdí. Kalina (1987) řadí mezi obecné zásady chování se ke klientovi komunikaci porozumění, podporu a vedení k samostatnosti. Pokud by však terapeut klientovi dával jasně najevo, že jeho vnímání a prožívání nepovažuje za reálné, bude cítit vlastní zpochybnění a ne porozumění.

Hašto (1997) je přesvědčen, že pouhá empatie je pouze základem psychoterapie, na jejímž základě se staví další intervence a postupy. Samotná empatie nestačí. K úspěchu v terapii přispívá empatický kontakt, nabídka blízkosti s ohledem a respektováním potřeb klienta udržovat si určitý odstup. V terapii by měly „chybět organizační „superegové“ principy ve prospěch kreativity a otevřenosti“, přítomna by měla být „pozitivizace psychopatologie a pokus z toho vytvořit zkušenosti nového typu, integrování jedince do svého prostředí a zdůrazňování hodnoty individua.“ (Hašto, 1997, s.12).

Pokud se podaří, aby klient cítil, že terapeut rozumí klientovým pocitům, třeba nejprve i v jeho „zašifrované“ psychotické formě, může se v bezpečné atmosféře terapeutického blízkého, ale nepohlcujícího vztahu, odvážit vyjádřit své pocity přímo a mluvit o nich nezašifrovaně. Terapeut nejen vytváří bezpečné prostředí pro klienta, nejen usiluje o porozumění klientovi, ale je také připraven pracovat s jeho často protikladnými touhami po blízkosti a udržení vzdálenosti a nezávislosti zároveň. Pro úspěšnou práci s psychotickým klientem je důležité, aby terapeut jasně sdělil klientovi vlastní omezení jeho práce s ním, aby mu řekl, se kterými jeho požadavky on již pracovat nemůže. (Scagnelli, staženo 2006)

Jako důležitý moment v psychoterapii uvádí Kalina (1987) přijetí klienta sebou samým. Klient se musí nejprve přijmout takový, jaký je teď, pak se teprve může měnit a vyrovnávat se s nemocí a se životem. Přijmout se neznamena smířit se s tím a rezignovat, ale vzít sebe jako fakt a jako výchozí bod. Hartman, Lotus a Marshall (1988) uvažují o Rogersově přesvědčení, že základem percepce, kterými myslíme o sobě, je živá část lidské zkušenosti. Rogers to vyvodil z výroků jako např. nechovám se jako

já, mám o sebe strach, jako bych to neprožíval. Z existence z uvedených výroků vyplývá existence jedincovy touhy stát se tím, kým skutečně jedinec je, přání naplnit své potenciály.

K jejich naplnění se však jedinec musí nejprve poznat a prozkoumat. Terapeut v rámci PCA facilituje klientovu pravdivou sebeexploraci a tím mu napomáhá nalezení a formulaci vlastních tužeb a potenciálů. Přijetí sebe sama je jedním v pozitivních výsledků Přístupu zaměřeného na člověka.

Hašto (1997) shrnuje hlavní elementy psychoterapie schizofrenních onemocnění. Za důležité považuje vytvoření vztahu s klientem i snahu terapeuta vcítit se do obtížně vcíitelného. Terapeut se má s klientem pokusit rekonstruovat z útržků zkušenosti klienta obraz jeho světa, ve kterém by se společně mohli setkat. Pocit klienta se schizofrenií, že ve svém světě není přece jen úplně sám, ale že druhý člověk může mít porozumění pro něj a může nalézt cestu do jeho světa, je pro úspěšnou psychoterapii velmi důležitý.

Opakovaně zdůrazňované účinné elementy psychoterapie psychotických klientů zahrnují vlastně primárně postuláty Přístupu zaměřeného na člověka. Ten tak může být dobrým základem, na kterém lze aplikovat i další terapeutické přístupy a intervence.

Junková (2003) shrnuje, že s Přístupem zaměřeným na člověka jsou mimo jiné oblasti působení velmi dobré zkušenosti při jeho použití jako doplňkové psychoterapie u psychóz. Podporu tomuto tvrzení vyjadřují i Albrich, Hudlička, Pešková. Také já mám praktickou pozitivní zkušenost s aplikací zásad Přístupu zaměřeného na člověka. Na druhou stranu nikdo z nás netvrdí, že tento Přístup je samospasitelný. Různí klienti preferují různé způsoby komunikace a terapeutické práce a je třeba jim v tomto ohledu maximálně vycházet vstříc.

Kensit (2000) předkládá argumenty podporující a dokládající účinnost Přístupu zaměřeného na člověka, stejně tak však i argumenty svědčící proti. Na podporu přístupu cituje studii Gerwooda (1993, in Kensit, 2000, s.348), který sledoval a potvrdil, že nekonfrontační, nehodnotící, empatický a lidský kontakt terapeut s psychotickým klientem vede k pozitivním výsledkům ve smyslu snížení hostility a podezřívavosti.

Na druhou stranu jsou zde mnozí kritici upozorňující na to, že Přístup zaměřený na člověka opomíjí či nebere dostatečný ohled na vliv sociálních, kulturních a enviromentálních okolností. Kritici také vyjadřují pochybnosti ohledně účinnosti empatického naslouchání v psychoterapii. Nepopírají účinek Rogersem postulovaných nezbytných, ale postačujících podmínek pro růst v běžném vztahu, ale zpochybňují účinnost v terapeutickém vztahu, kde chybí konfrontace klienta s jeho obranami.

Kensit (2000) uzavírá svou kritiku přesvědčením, že eklektická terapie může být pro klienta velmi vhodně zvolená na míru jeho potřebám, potížím a jeho osobnosti, přičemž mnohost podílejících se směrů na terapii snižuje nedostatky jednotlivých směrů.

I přes existenci mnoha rozličných typů psychoterapie, jejich společným cílem je vždy pomoci klientovi, aby se stal více soběstačným a schopným. Pomáhá klientovi naučit se dělat promyšlená, racionální a informovaná rozhodnutí ohledně svého života. Terapeut mu také pomůže vyřešit běžné problémy a naučí ho zručnosti, s jejíž pomocí bude lépe zvládat potíže, které se mohou objevit v budoucnu. (www.psychozy.cz) Nejde tedy o stanovení nejvhodnějšího psychoterapeutického přístupu pro všechny psychotické klienty, ale jde o to nabídnout konkrétnímu klientovi přístup, který bude jemu jako osobnosti nejpřínosnější.

5.2. Otázka č. 2 : Co má být výsledkem psychoterapie?

Hledání odpovědi na otázku výsledku efektivní psychoterapie jsem se zabývala v kapitole 4.5. Takovou otázku je třeba položit a odpovědět na ní u každého klienta, často opakovaně.

Otázku týkající se výsledku psychoterapie může zodpovídat mnoho lidí – klient sám, jeho rodina, jeho blízcí, jeho lékař, sociální pracovník, zaměstnavatel, zdravotní pojišťovna, terapeut, možná i další subjekty.

Právě na zodpovězené otázce bude záviset, jakou péči klient chce, nebo jaká péče je mu nabídnuta či přidělena. Vždy by se mělo

spolupracovat s klientem samotným. Rozhodování o něm, ale bez jeho účasti, je podle mého názoru nejen neetické, ale také neefektivní. Pokud budeme klienta manipulovat do určité pozice a směřovat ho tam, kam on vůbec nechce, nebude s námi spolupracovat, naopak bude v opozici a bude se bránit.

Odpověď na otázku týkající se žádoucího efektu léčebného postupu nám také může dobře ukázat nevhodnější terapeutický postup a nabídku služeb klientovi.

Pokud má být výsledkem zmizení hlasů a paranoidity, bludných přesvědčení a jiných patologických příznaků, nebo dosažení remise a prevence relapsu onemocnění, může velmi dobře pomoci medikace psychofarmaky. Můžeme společně s klientem usilovat o nástup do zaměstnání, zlepšení jeho kognitivních funkcí, zlepšení jeho sociálních dovedností a vůbec lepší zvládání běžných praktických nároků života. V tomto ohledu mohou dobře pomoci nácvikové programy a kognitivně-behaviorální terapie. Můžeme usilovat o větší snášenlivost psychofarmak, lepší compliance při léčbě (spolupráce a postoj k léčbě jako takové), pomoci klientovi přijmout fakt nemoci. V tomto ohledu bude pro klienta přínosná psychoedukace. Můžeme se snažit pomoci klientovi předcházet stresovým událostem tím, že si zmapuje možné zatěžující události a situace, které ho mohou potkat, následně ho naučíme, jak jim předcházet. Při akutních potížích můžeme pomoci krizovou intervencí.

Klienty však kromě těchto praktických potíží trápí i něco jiného. Mohou chtít zlepšit svou kvalitu života, prožívat svůj život více spokojeně. Mohou toužit po vztazích, kterých však zatím nejsou schopni, zvládají pouze určité spíše neosobní vazby, ale citový vztah je děsí. Mohou chtít si rozumět a orientovat se v sobě. Na takové zakázky od klienta může velmi dobře reagovat psychoterapie.

Přístup zaměřený na člověka působí na různé úrovně osobnosti. Nelze specifikovat naprosto přesně, kdy a na kterých úrovních tento přístup působí nejúčinněji. Není to přístup zaměřený na problém, postupuje od změny v člověku k následnému řešení obtíží prostřednictvím právě změn v osobnosti, postojích a emocích. (Joseph, Stehen, Worsley,

Richard, ed., 2005) I výše uvedená subjektivně hodnocená kvalita života závisí právě od těchto změn.

V rámci rogersovské terapie je klient v bezpečném, přehledném a důvěryhodném vztahu s terapeutem, ve kterém je respektován, oceňován bez zvnějšku stanovených podmínek. V těchto podmínkách se klient učí přijímat odpovědnost za svá rozhodnutí, učí se vyrovnávat se a přijímat vlastní omezení a učí se s nimi pracovat v pozitivním směru. Učí se zde rozumět sám sobě z vlastního referenčního rámce, aniž by mu někdo říkal, jaký je, co prožívá a co si myslí. To psychotickým klientům vrací pocit vlastních kompetencí, kterých je velmi často zbavuje klasický medicínský přístup.

Různé cíle terapie vyžadují různé postupy. Nelze vlastně ani jednotlivé postupy dobře srovnávat co do účinnosti, neboť každý přístup oslovuje jiné části klienta. Každý klient je individualitou s vlastními přáními a preferencemi co do cíle i do způsobu řešení svých potíží. Je velmi důležité zachovat široké spektrum možností léčby psychotických onemocnění, tak pestré, jaké je, neboť neexistuje jeden či dva nejlepší způsoby, které jsou efektivní u všech psychotických jedinců.

5.3. Otázka č. 3 : Jaké postupy jsou vhodné pro různé období nemoci – ataka, remise, reziduum, prodromy?

Jak nemoc prochází různými stadii, potřebuje klient různou péči. Při akutním propuknutí nemoci je často vhodná, nebo potřebná hospitalizace na psychiatrickém oddělení nebo v psychiatrické léčebně. Později může klient přecházet do denního psychiatrického stacionáře, pak postačuje ambulantní léčba, případně asistentská služba, podporované bydlení, volnočasové aktivity, denní centrum, chráněné dílny, systém přechodného a chráněného zaměstnávání. (Holub, Konference, 1999)

Stejně jako výše uvedené různé alternativy možných služeb s rozdílnou úrovní zátěže klient potřebuje v různých fázích onemocnění naplnit různé potřeby. V akutním stadiu jistě nebude vhodné zatěžovat jej

ještě nácvikovými metodami, ty bude možné do programu zařadit nejdříve v subakutním, odeznívajícím stadiu psychózy. Medikace prolíná v podstatě všechna období nemoci. Pracovně rehabilitační aktivity a pracovní zařazení bude uplatňováno v období nástupu remise onemocnění.

Určitá forma psychoterapie může prolínat klientův život jako celek, může posilovat klienta ve všech obdobích jeho nemoci. V reakci na aktuální klientův stav se bude měnit pouze její forma a hloubka. Přístup zaměřený na člověka může působit na mnoha rozličných úrovních obtížnosti pro klienta. Terapeut citlivě reaguje na klientovy signály, jde s ním po takové cestě, kterou volí klient. Terapeut v rámci Přístupu zaměřeného na člověka komunikuje s klientem na jeho aktuální expresivní úrovni, pružně se klientovi přizpůsobuje.

Osobnost pacienta a jeho konkrétní projev ovlivňují terapeutovo chování v rámci setkání. Ovlivňují rozsah a hloubku terapeutovy empatie. Závažnost duševní poruchy ulehčuje či naopak komplikuje možnost terapeutovy empatie. Čím více je druhý “jiný“, nesrozumitelný a vzdálený našemu prožívání, tím nesnadněji se mu přibližujeme. Stejně tak musíme počítat s možností, že ho můžeme mít sklon nevědomě odmítat tehdy, když cítíme možné ohrožení integrity své osobnosti. Udržování takového odstupu má obranný ráz a probíhá automaticky, protože slouží k udržení naší psychické stability. (Vymětal, 2001)

Timuľák (2005) upozorňuje na nelinearitu terapeutického procesu. Má tím na mysli skutečnost, že různé momenty terapie mají různý vliv na celkový výsledek terapie. Neexistují lineárně působící proměnné v terapeutickém vztahu, protože terapeutický proces je komplexní proces, ve kterém působení jedné intervence souvisí s mnoha dalšími procesy u klienta i terapeuta, které vytvářejí kontext konkrétní psychoterapie. Úspěchu lze dosáhnout sladěním klientova a terapeutova procesu, a to zároveň na různých úrovních, jako např. motivační, interpersonální, emoční, racionální. To se netýká pouze Přístupu zaměřeného na člověka, ale jakéhokoli psychoterapeutického směru.

Rogers a jeho následovníci nejprve odmítali “škatulkování” a diagnostiku. Byli přesvědčeni, že to není zapotřebí k úspěšné psychoterapii a k porozumění klientovi. Vymětal (2001) naproti tomu

uvádí, že znalost psychopatologie nám usnadní nejen porozumění zdánlivě psychologicky nesrozumitelným jevům, jako např. halucinace, ale průběžně usnadňují a zlepšují empatii tím, že víme, co se k určitým psychopatologickým fenoménům váže, jak se vyvíjejí a jaký je jejich klinický obraz.

5.4. Otázka č. 4: Jak můžeme zhodnotit účinnost PCA?

Otázku účinnosti Přístupu zaměřeného na člověka se rozhodl ověřovat přímo Rogers. Sám Rogers, stejně jako mnoho jiných odborníků tohoto přístupu vždy kladli důraz na výzkum a ověřování teoretických předpokladů v praxi. V 60. letech minulého století, v průběhu svého působení na Wisconsinské univerzitě, provedl Rogers společně s dalšími spolupracovníky (Gendlinem, Kieslerem a Truaxem) několikaletou studii psychoterapie se schizofrenními klienty.

Wisconsinkému projektu jsem věnovala samostatnou kapitolu 4.5., ve které se probírám jejími výsledky a reaguji také na poznámky v literatuře, které tento projekt hodnotí celkově jako statisticky neprůkazný, zatímco opomíjejí důležitá kvalitativní zjištění. Zde se již projektem více zabývat nebudu a odkazuji zájemce na uvedenou kapitolu.

Pokud se však ponoříme hlouběji do literatury a budeme hledat podrobnější zprávy o Wisconsinském projektu, nalezneme trochu jiná zhodnocení projektu. Prouty (staženo 2006) hovoří o pozitivních i negativních výsledcích výzkumu, přičemž rozepisuje, ve kterém bodech se hypotézy výzkumu potvrdily. Zastavuje se i u obtíží výzkumu, jako byl výběr klientů, jejich nedobrovolné přiřazení do výzkumu a z toho plynoucí problematická motivace k psychoterapii.

I přes částečně pozitivní výsledky a částečně (statisticky) nepotvrzené hypotézy Wisconsinského projektu čtenáře mohou napadat otázky ohledně účinnosti přístupu v terapii psychotických klientů. Mohou si říkat, že kdyby byl tento přístup skutečně účinný, bylo by o něm slyšet, byl by více využíván v praxi.

Bylo provedeno mnoho výzkumů týkajících se psychoterapie a zjišťování účinných faktorů, či naopak faktorů neutrálních či dokonce brzdících terapií. Výzkumná zjištění se často velmi podobají, proto uvedu náhodně vybrané příklady.

Timulák (2005) stručně uvádí výsledky studie, která byla zaměřena na zjištění efektivních či pravděpodobně efektivních proměnných v terapeutickém vztahu. Jako jednoznačně účinné se ukázaly proměnné: terapeutická aliance, koheze ve skupinové terapii, empatie, dohoda na cílech a spolupráci. Jako pravděpodobně účinné, tudíž slibné proměnné v terapeutickém vztahu byly zjištěny: pozitivní náhled, kongruence terapeuta, poskytování zpětné vazby, náprava konfliktů v terapeutickém vztahu, sebeodhalení, terapeutická práce s protipřenosem a kvalita vztahových interpretací.

Z výzkumných zjištění můžeme vyčíst, že mezi účinnými či pravděpodobně účinnými proměnnými jsou přítomny základní postuláty týkající se Přístupu zaměřeného na člověka: terapeutická aliance, empatie, dohoda na cílech a spolupráci, také kongruence terapeuta, sebeodhalení, kvalita vztahových interpretací, pozitivní náhled, možná poskytování zpětné vazby. Některé jsou zahrnuté přímo pod základní postuláty o nezbytných, ale postačujících podmínkách terapeutického vztahu, jiné se v rámci PCA hojně vyskytují. Podobné náležitosti se samozřejmě vyskytují v dnešní době i v rámci jiných terapeutických zaměření, neboť obecně dochází k přibližování terapeutických směrů a využívání zjištěných účinných momentů v terapii i původně z jiných směrů a zakomponování jich do rámce určitého teoretického zázemí. Tento posun vnímám jako velmi pozitivní a přispívající ke zkvalitňování terapeutické práce, avšak na druhou stranu bych na tomto místě ráda připomněla, že stejně jako práce s přenosem pochází původně z psychoanalytických pozic, tak uvedené účinné momenty pocházejí původně z pozic rogersovských.

Holub (Konference, 1999) se zabývá terapeutickou prací s psychotickými klienty. Uvádí Mohrova zjištění (1995, in: Konference, 1999), která charakterizují terapeutovo chování spojené s negativními nebo nulovými výsledky terapie. Uvádí zvláště nedostatek empatie,

podcenění závažnosti problémů klienta, negativní protipřenos, nevhodné techniky, velký důraz na přenosové interpretace a nesouhlas klienta a terapeuta ohledně terapeutického procesu.

I v těchto negativních výsledcích můžeme nalézt jako důležité, že se často jedná o popření postulátů rogersovské psychoterapie: nedostatek empatie, podcenění závažnosti problémů klienta, nesouhlas klienta a terapeuta ohledně terapeutického procesu.

Blanekovi (1974, in: Konference, 1999) popisují postoje terapeuta, které mají naopak pozitivní vliv na průběh i výsledek terapie. Je to stálý respekt a naladění se na klienta bez podmínek, předvídatelné prostředí, postoj oceňující zdravé části a tvořivost klienta, přijímající přístup, posilování neostrých hranic nedostatečně strukturované osobnosti a důraz na pacientovu autonomii a kompetenci.

Jako důležitý uvádí Holub (Konference, 1999) respekt ke klientově potřebě zůstat nemocný jako volbě volit známé zlo před nejistotou změny a zlepšení. Formuluje rovněž požadavek na otevřený a pravdivý vztah. Terapeut se podle něj snaží probudit v klientech naději na změnu v jejich životě, probudit je z rezignace, přičemž předpokládá osobnost, která je uvnitř těchto klientů, spící, a která potřebuje dostat prostor pro svůj rozvoj.

Blanekovi i Holub tedy vyzdvihují v oblasti psychoterapie psychotických klientů právě proměnné, které jsou formulovány v rámci Přístupu zaměřeného na člověka. Uvedená zjištění podporují mou počáteční z praxe vycházející hypotézu, že Přístup zaměřený na člověka má v oblasti psychoterapie psychóz své důležité místo, i když je jeho vyzdvihování v literatuře i mezi odbornou veřejností opomíjeno. Podporují také oprávněnost této teoretické práce, která má jako jeden z cílů právě zprostředkování zamyšlení nad využitelností Přístupu zaměřeného na člověka v praxi psychoterapie psychóz a má také připravit půdu pro možný následující výzkum jeho účinnosti.

Na celkovou účinnost psychoterapie má velký vliv motivace klienta k terapii, jeho očekávání a přání, co v terapii chce dostat. Pokud klient není motivován pro psychoterapeutickou práci, nebude z ní mít užitek. Pokud klient nebude očekávat dosažitelný efekt, bude zklamán, a to následně ovlivní celkový vnímaný prospěch z terapie. A samozřejmě

pokud klient bude mít přání pracovat v terapii na něčem, co mu terapeut není s to nabídnout, není možné, aby dospěl k vysněnému cíli v takové terapii.

Na tuto otázku by bylo nejlépe odpovědět empirickým výzkumem účinnosti Přístupu zaměřeného na člověka při psychoterapii psychotických onemocnění. Možností zkoumání je mnoho a je jen na nás, kterým směrem se dáme nejdříve. Podle mého názoru by bylo velmi vhodné začít výzkumné snažení u otázky, kteří klienti preferují a nejvíce těží z Přístupu zaměřeného na člověka a co jim tento přístup přináší, a to kvůli lepší indikaci speciální péče nabízené klientům.

6. Závěr

Každý silný zážitek, tragická událost či otřesná příhoda, která změni životní běh, zanechá v psychice člověka nesmazatelnou stopu. Psychóza patří mezi takové zážitky. Nové vědecké poznatky ukazují, že prognóza schizofrenie je tím horší, čím déle trvaly příznaky bez vhodné léčby. Mluví se o behaviorální toxicitě a zdůrazňuje se nutnost co nejvčasnější léčby. (Vinař, 1998)

Na možnost psychoterapie jedinců se schizofrenií vystavěné na explorativním rozhovoru klienta s terapeutem je často pohlíženo rezervovaně a pesimisticky. Upřednostňovány bývají spíše metody kognitivně-behaviorální, různé formy psychoedukační a nácvikové. (Crowcroft, 1967) Jsem však přesvědčena, že je tento pohled zbytečně pochybující a zjednodušující. Jak jsem již ve své práci uvedla, skupina psychotických onemocnění je velmi heterogenní a i různá stadia psychotického onemocnění či epizody jsou velmi odlišná. Proto je důležité hodnotit vhodnost terapeutického přístupu nejen s ohledem na fázi nemoci, ale i vzhledem k osobnosti klienta a vzhledem k jeho očekávání a terapeutické zakázce.

V předkládané práci jsem se snažila v rámci teoretického přístupu nalézt doklady o tom, jak může Přístup zaměřený na člověka přispívat ke komplexní léčbě psychóz a jaké místo může zaujímat v rámci psychoterapie psychóz. Pustit se do zpracování tohoto tématu hned empiricky by bylo metodologicky nevhodné, neboť téma není celistvě v literatuře příliš zpracované. Tato práce má zčásti tuto mezeru zaplnit a umožnit tak počátek empirického ověřování předkládaných teoretických tvrzení.

Neusilovala jsem o to, abych čtenáře přesvědčila, že Přístup zaměřený na člověka je nejlepší možnou variantou psychoterapeutického působení na psychotické klienty. O tom ani sama nejsem přesvědčena. Mým cílem bylo nabídnout další možný pohled na možnosti psychoterapie těchto klientů a rozšířit tak spektrum možných terapeutických přístupů a postupů.

Přístup zaměřený na člověka může přispívat ke klientově schopnosti naučit se navázat blízký mezilidský vztah, může mu pomoci v zlepšení schopnosti dorozumět se s ostatními lidmi. Může mu nabídnout místo, kde může bez obav vyjádřit své strachy, pochybnosti, neobvyklé prožitky, ale i radosti. Přístup zaměřený na člověka usiluje o podporu zdravých částí osobnosti a jejich rozvoj. Klient se v rámci tohoto psychotherapeutického přístupu učí rozeznávat své pocity od pocitů druhých a podle toho na ně reagovat a nakládat s nimi. Klient se učí ostřeji vnímat své vlastní hranice a tak se méně obává rozplynutí se v druhých. Klient se učí převzít zodpovědnost za své prožívání, myšlení i chování. Terapeut nevstupuje do terapeutického vztahu s klientem s požadavkem na změnu klienta. Ten cítí, že je pro terapeuta hodnotný takový, jaký je a že se „pro něj a pro přijetí sebe terapeutem“ nemusí nutně měnit - cítí to jako jednu z možností, do které není tlačěn. V terapeutickém vztahu se cítí bezpečně, svobodně a uvolněně.

Je důležité si uvědomit omezení aplikace určitého jednotlivého přístupu, avšak na druhou stranu je třeba, aby si každý byl vědom i jeho nepopíratelných předností. Přístup zaměřený na člověka může být pro klienta přínosný, není však všemocný stejně jako ostatní přístupy a pro nejlepší možný efekt potřebuje podporu pozitivních účinků jiných postupů.

7. Literatura

- Andreasen, N.C.: *Diagnosis, assessment, and neural substrates of schizophrenia*. In: Triangle, Sandoz Journal of Medical Science: Schizophrenia, Part 1. Volume 31, 1992, s. 127-132, Sandoz Pharma LTD, Basle, Switzerland.
- Clarke, C.: *Prouty's contact work: a carier's perspektive*. Mental Health Praktice, September 2005, vol.9, no1, s. 24-27.
- Coleman, J. C.; Butcher, J. N.; Carson, R. C.: *Abnormal psychology and modern life*. 6th edition. Scott, Foresman and Company, Glenview, Illinois, 1980.
- Crowcroft, A.: *The Psychotic. Understanding Madness*. Penguin Books. C. Nicholls&Company Ltd, Great Britain, 1967
- Dörner, K.; Plog, U.: *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Grada, Praha, 1999.
- *Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí*, 10. revize. Psychiatrické centrum Praha, Praha 2000.
- Fenton, W. S.; McGlashan, T. H.: *We Can Talk: Individual Psychotherapy for Schizophrenia*. The American Journal of Psychiatry, 154:11, November 1997, s. 1493-1495.
- Foucalt, M.: *Psychologie a duševní nemoc*. Dauphin, Praha, 1999.
- Fox, V.: *Empathy: the wonder duality of mental health treatment*. Psychiatric Rehabilitation Journal, January 1, 2000, Vol. 23, Issue 3, staženo dne 10.11.2006 z CINAHL Plus with Full Text, EBSCO Host Research Databases.

- Greenbergová, J.: *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Triton, Praha 1998

- Grumson, D. L.: *Client Centered Theory. Theory of Therapy and Personal Change*. In: *Theories of Counseling*. Mc Graw Hill, USA, 1965.

- Hašto, J.: *Otázky duševního zdraví. Schizofrénia*. Sborník OÚNZ Liptovský Mikuláš, OÚNZ Trenčín, OÚNZ Trnava, roč. I./č.2. Trenčín 1989.

- Hašto, J.: *Psychoterapia – súčasť komplexnej terapie chorých na schizofréniu*. S prednáškou G. Benedettiho a M. Peciccia. Nadace Bethelem, Rimavská Sobota, Trenčín, 1997.

- Hell, D.; Fisher-Felten, M.: *Schizofrenie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. F, Trenčín, 1997.

- Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J.: *Psychiatrie*. Tigis, Praha 2002.

- Joseph, S.; Worsley, R. (ed.): *Person-centred Psychopathology: A positive psychology of mental health*. PCCS Books, Ross-on-Wye, 2005.

- Junková, V.: *Rogersovská psychoterapie*. Česká a slovenská psychiatrie. Supplementum 2. Roč. 99, listopad/2003, s.52-56.

- Kalina, K.: *Jak žít s psychózou?* Avicenum, Praha 1987.

- Kensit, D. A.: *Rogierian Theory: a critique of the effectiveness of pure klient-centred therapy*. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol.13, No.4, 2000, s. 345-351.

- Konference – *Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií*. 28.11-30.11.1999. Sborník přednášek. Jáchymov. Vydáno nákladem firmy Jansen-Cilag a Johnson and Johnson Company, Praha 2000.

- Kratochvíl, S.: *Základy psychoterapie*. Portál, Praha 2002.

- Libiger, J.: *Schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha, Praha 1991.

- Matoušek, O.: *Potřebujete psychoterapii?* Portál, Praha, 1995.

- Mearns, D.; Thorne, B.: *Person-centred Therapy Today. New Frontiers in Theory and Practice*. Sage Publications, London, 2005.

- Mearns, D.; Thorne, B.: *Poradenství zamerané na člověka*. Pedagogická fakulta Komenského, Bratislava, 1997.

- Mentzos, S.: *Dynamika duševní nemoci*. Portál, Praha 2005.

- Motlová, L.: *Schizofrenie: známe viníky? O rizikových faktorech*. Vesmír, roč.81, č.9, 2002, s. 514-515

- Motlová, L.; Koukolík, F.: *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén, Praha 2005.

- Novalis, P. N.; Rojcewicz, S. J.; Peele, R.: *Klinická příručka podpornej psychoterapie*. F, Trenčín, 1999.

- Nykl, L.: *Humanistická psychologie C. Rogers v zrcadle*. Konfrontace. 17.ročník (2006), číslo 3 (65), s.136-139.

- Perris, C.: *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic patients*. In: Triangle, Sandoz Journal of Medical Science: Schizophrenia, Part 2. Volume 32, Number 1, 1993, s. 45-51, Sandoz Pharma LTD, Basle, Switzerland.

- Praško, J.; Bareš, M.; Horáček, J.; Seifertová, D.; Šípek, J.: *Psychotická porucha a její léčba*. Maxdorf, pro spol. Pfizer, 2001.

- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C.: *Psychoterapeutické systémy*. Grada, Praha 1999.

- Prouty, G.: *Humanistic psychotherapy for people with schizophrenia*. s. 579-601, Staženo dne 10.11.2006 z CINAHL Plus with Full Text, EBSCO Host Research Databases

- Prouty, G.; Werde, D. V.; Pörtner, M.: *Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Portál, Praha, 2005.

- Reber, A.S.: *The Penguin Dictionary of Psychology*. Penguin Books, London, 1987.

- Roder, V.; Brenner, H. D.; Kienzle, N.; Hodel, B.: *Schizofrenie. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Triton, Praha 1993.

- Rogers, C. R.: *A Theory of Therapy, Personality, and Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework*. In: Koch, S. (Ed.): *Psychology: A Study of a Science*. Study I. Conceptual And Systematic. Volume 3. Formulations of the Person and the Social Context. McGraw-Hill. New York etc. 1959, s. 184-256.

- Rogers, C. R.: *Counseling and Psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston, 1942.

- Rogers, C. R.: *Klientom centovaná terapia*. Persona, Modra 2000.

- Rogers C. R.: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston, 1961.

- Rogers, C. R.: *O osobnej moci*. Persona, Modra 1999.

- Rogers, C. R.: *Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií*. Psychoterapeutické sešity, č. 37, Praha 1990.

- Rogers, C. R.: *Způsob bytí: Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Portál, edice Spektrum, Praha 1998.

- Rogers, C. R.; Gendlin, E.; Kiesler, D; Truax, C.: *The therapeutic relationship and its impact: A study od psychotherapy with schizophrenics*. Madison, University of Wisconsin Press, 1967.

- Rozhovor o zkušenostech s využíváním Přístupu zaměřeného na člověka s Mgr Petrem Hudličkou, Mgr. Katkou Peškovou a Dipl. KT Beate Albrich.

- Scagnelli, J.: *Therapy with eight schizophrenic and borderline patients: summary of a therapy approach that employs a semi-symbiotic bond between patient and therapist*. Journal of Clinical Psychology. Staženo dne 10.11.2006 z CINAHL Plus with Full Text, EBSCO Host Research Databases

- Sharf, R. S.: *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*. Brooks/Cole Publishing Company, division of International Thomson Publishing, Inc., 1996.

- Syřišťová, E.: *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Univerzita Karlova, Praha 1973.

- Syřišťová, E., a kolektiv: *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Avicenum, Praha 1989

- Syřišťová, E., a kolektiv: *Skupinová psychoterapie psychóz*. Univerzita Karlova v Praze, Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1989.

- Timulák, L.: *Současný výzkum psychoterapie*. Triton, Praha 2005.

- Vinař, O.: *Schizofrenie – daň lidstva za řeč? Možnosti prevence schizofrenie*. Vesmír, roč. 77, č.6, 1998, s. 307-309

- Vymětal, J., a kol: *Obečná psychoterapie*. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha 1997.

- Vymětal, J.: *Rogersovská psychoterapie*. Český spisovatel, Praha 1996.

- Vymětal, J.; Speierer, G. W.: *Rogersovská psychoterapie a její přínos k etiopatogenezi psychogenních onemocnění*. Československá psychologie, 1990.

- Vymětal, J.; Rezková, V.: *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Portál, Praha 2001.

- Wartman, C. B.; Loftus, E. F.; Marshall, M. E.: *Psychology*. Third Edition. Alfred A. Knopf, Inc., New York, 1988.

□ Wing, J. K.: *Social aspects of schizophrenia*. In: Triangle, Sandoz Journal of Medical Science: Schizophrenia, Part 2. Volume 32, Number 1, 1993, s. 39-44, Sandoz Pharma LTD, Basle, Switzerland.

□ Yip, K.-S.: *The importance of subjective psychotic experiences: Implications on psychiatric rehabilitation of people with schizophrenia*. Psychiatric Rehabilitation Journal, summer 2004, volume 28, number 1, s. 48-54.

□ www.psychozy.cz - staženo 8.5.2006

8. SOUHRN:

V rámci komplexní léčby psychotických onemocnění jsou nejčastěji uváděny jako nejvhodnější přístupy farmakoterapeutické, edukační, kognitivně behaviorální a další nácvikové metody. Touto prací se snažím rozšířit povědomí o terapeutických možnostech o další přístup, který je v praxi sice využíván již mnoho desetiletí, byla u něj výzkumně ověřována jeho účinnost, ale zároveň při letmé zmínce o jeho možném využití na poli psychoterapie psychóz se v praxi často setkávám s pochybovačnými výroky. V této teoretické práci jsou doloženy přínosy i omezení Přístupu zaměřeného na člověka a připravena půda pro budoucí empirický výzkum ověřující předkládaná tvrzení.

Klíčová slova: schizofrenie, psychoterapie psychóz, Přístup zaměřený na člověka

SUMMARY:

Pharmacotherapy, Educational Therapy, Cognitive-Behavior Therapy, and other training methods are mentioned most frequently as optimum methods of comprehensive treatment of psychotic patients. In my thesis, I attempt to increase awareness of possible therapy options, and include another approach which has been applied in psychotherapy for many decades, which has been tested by research for its efficiency, but which is also met with scepticism whenever its application in psychotherapy of psychotic disorders is mentioned. In this theoretical account I present assets and limitations of Person Centered Therapy, and prepare grounds for future empirical research which would validate statements proposed in the present study.

Key words: schizophrenia, Person Centered Therapy, psychotherapy of psychotic disorders.