

PCA – DOBRÝ PŘÍSTUP PRO DOBRÝ ŽIVOT

Beata Nour Mohammadi

Abstrakt

Příspěvek pojednává o psychoterapeutickém směru PCA (Person-Centered Approach) - „přístup zaměřený na člověka“, který vytvořil C. R. Rogers. Autorka si pokládá otázky po účinnosti tohoto přístupu a odpovídá na ně dvěma kazuistikami vybranými ze své psychoterapeutické praxe, v níž se věnuje převážně klientům s psychiatrickou diagnózou.

Klíčová slova: PCA, psychoterapie

PCA – A GOOD APPROACH FOR A GOOD LIFE

Abstract

The paper is concerned with the PCA (Person-Centered Approach), a psychotherapeutic approach developed by C.R. Rogers. Examining efficiency of this approach, the author is answering by two case reports from her own psychotherapeutical praxis which is aimed mainly at clients with psychiatric diagnosis.

Keyword: *PCA, psychotherapy*

Došlo do redakce: 20.1.2008

Schváleno k publikaci: 4.2.2008

Úvod s otázkami

První letmé setkání s psychoterapeutickým směrem „na klienta zaměřené terapie“ CCT (Client-Centered Therapy), který je součástí „přístupu zaměřeného na člověka“ PCA (Person-Centered Approach), tak jak jej postupně vytvářel a formuloval jeden z nejvýznamnějších psychologů a psychoterapeutů minulého století Carl Ransom Rogers (1902-1987), obvykle zaujme odborníky i laiky perspektivou, která za nejdůležitější pokládá *subjektivní prožívání, cítění, hodnocení a postoje klienta*. Tři základní a postačující podmínky umožňující terapeutickou změnu - *empatie, kongruence a bezpodmínečné pozitivní přijetí*, které jsou vlastně projevy postoji ze strany terapeuta vůči klientovi, v bližších zájemcích ale i ve frekventantech výcvikových kurzů obvykle zpočátku vyvolají zaujatý zájem, souhlas, někdy téměř nadšení.

To bývá někdy vystřídáno skepsí - u budoucích terapeutů skoro až panikou: Opravdu to stačí? Může to dlouhodobě fungovat? Bude to klientovi (pacientovi) dost? Vystačím si s tím já jako terapeut? Ošetřím tak i široké spektrum osob s psychiatrickou diagnózou? Co když klient bude očekávat, že mu nabídnu nějakou techniku? Povede tato terapie skutečně k změně užitečné pro klienta?

Odpovědi dává praxe

Carl Rogers svoji teorii odvozoval trvale a jednoznačně z vlastní praxe, vytvářel ji na základě nespočetných sezení s klienty a ověřoval výzkumně. Proto kritikům směru, teorie i praxe často odpovídal poukazem na vlastní *praktickou zkušenost*.

Ve své ambulantní psychoterapeutické praxi mám tisícero příležitostí ověřit si účinnost a použitelnost PCA (zvykově používám zkratku pro přístup jako synonymum pro psychotherapii) a skutečnost, že jeho principy fungují jak u zdravých lidí, tak u populace uživatelů psychiatrické péče.

Do běžné psychoterapeutické praxe klinického psychologa přichází obvykle jenom velmi málo relativně vyrovnaných osobností, které by si cvičně chtěly zapracovat na osobním růstu. Naopak přicházejí mnohdy pacienti odeslaní lékařem, často psychiatrem a jejich veřejné trápení má již svoji značku: F40 fobická úzkostná porucha, F41.2 úzkostně-depresivní porucha, F42 obsedantně-kompulzivní porucha, F32.1 středně těžká depresivní fáze, F43 reakce na závažný stres, F25 schizoafektivní porucha, F20 schizofrenie... I ti, co nepřijdou s již hotovou značkou, mluví o napětí, strachu, úzkosti, svírání na hrudi, zlých snech, pronásledování, nespavosti... Pod veřejným označením diagnózou se skrývá niterná bolest.

A tak i když bychom mohli říct, že ne vždy by přístup PCA byl metodou první volby, i klienti, kteří přichází s představou „naučení se technice, jak zvládnout strach“, si postupně PCA přímo vyžádají. Pod symptomy, syndromy a značkami lékařských diagnóz, které plevelí životní zahradu klienta, je půda, která by ráda vydávala dobré plody. Mnohé terapeutické přístupy, včetně psychoterapeutických, dokážou vytrhat plevel, či jej aspoň osekát.

Jiné se domnívají, že ví, co by bylo nejlepší, aby klient do půdy zasadil, jak ji má ošetřovat a jak jí má rozumět. PCA umožňuje, aby životní zahrada kvetla co nejlépe tím, co si přeje klient. Tak, aby mohl žít *dobry život*.

Dobry život

Většina klientů, když se dostane do kontaktu s terapeutem, který se o ně doopravdy zajímá (všichni známe hrůzné historiky o spících, svačících, nedochvilných a nedostupných terapeutech), dovolí si více zajímat o sebe a svůj život. Potlačované pocity úzkosti z vlastního bytí a života se formulují do úvah a otázek, na které začíná hledat odpovědi.

Jednotlivé symptomy ztrácejí na významu a klient se začíná zajímat o sebe jako o člověka, který cítí, že potřebuje najít soulad v sobě, naplnit svůj život co nejlépe podle sebe.

Jsou to stovky různých kulís, ve kterých se odehrává vždy téměř identický příběh: zápas o sebeúctu, o pocit vyrovnanosti se sebou a svým bytím.

V těchto souvislostech psychická porucha získává úplně jiný význam. Přináší do sezení specifická klientova témata. Může být zdrojem frustrace tak, jako cokoliv jiného v klientově životě. Zasahuje do jeho *sebepojetí*, někdy jej velmi vzdaluje od *ideálního já*, někdy spoluurčuje meze jeho schopností a životních možností.

Čím vážnější a trvalejší je psychická porucha, tím hlubší bývá rozpor mezi *ideálním a reálným já*, mezi potřebou-přáním a skutečností. Ne vždy si to klient takto uvědomuje, co však cítí, je úzkost a nepohoda (které pak získávají podobu i různých dalších symptomů).

Tak, jak je obtížné hrát dobrou hru se špatnými kartami, tak je nelehké mít dobrou kvalitu života za nepřejících vnějších či vnitřních podmínek.

Praxe mi opakovaně potvrzuje, že právě potřeba zlepšené kvality života, které rozumím jako „dobrému životu“ plně fungující osobnosti v pojetí Carla Rogerse, indikuje osoby s psychickými poruchami k užití PCA.

Jedná se mi o podporu procesu sebezpřijetí, seberealizace a vytvoření takového self-konceptu v konkrétních biopsychosociálních podmínkách jednotlivce, které jemu samotnému umožní vědomě prožívat co nejlepší kvalitu vlastního bytí.

Příběhy z praxe

Je pro mne obtížné vybrat nyní několik příkladů z praxe - proto, že jich je tolik, a proto, že když se probírám kartotékou, mám pocit, že si to každý jednotlivý příběh i jeho aktér zaslouží.

Všímám si diagnóz u klientů, kteří jsou nebo byli v systematické psychoterapii. Samozřejmě, že se v tom množství mnohé opakují, ale vcelku jsou velmi pestré. U naprosté většiny osob, které se pod nimi skrývají, aplikuji PCA - skutečně bez rozdílu diagnózy. Někdy hned od začátku, jindy po několika úvodních sezeních, kdy klient žádal terapii zaměřenou na symptomy a posléze začal odkrývat jiné oblasti svého prožívání a pocítil potřebu pracovat na nich jinak.

Pro ilustraci praktičnosti, použitelnosti a účinnosti přístupu vybírám dva velmi zestručněné příběhy klientů s rozličnými psychickými poruchami:

J. - depresivní syndrom u anankastické osobnosti, projevy organického psychosyndromu, epilepsie

J. - dnes 32 let, byl odeslán k psychoterapii svým psychiatrem po tříleté léčbě a dvouměsíční hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Trpěl nutkavými stavy od dětství, které bylo poznamenáno disharmonickým vztahem rodičů a alkoholismem otce. Od 15 let měl epilepsii, užíval masivně antiepileptika. Odmaturoval na SOU, nikdy však v oboru nepracoval, jediný pracovní pokus skončil selháním. Po tříleté evidenci na pracovním úřadě dostal plný invalidní důchod. Žil v domku s rodiči, izolovaně, bez přátel, bez práce. V léčebně odmítal skupinovou i pracovní terapii, v rámci individuálních pohovorů se jevil jako nemotivovaný. V době odeslání k individuální ambulantní psychoterapii jej psychiatr popisuje jako „chronicky změněnou osobnost se značným úbytkem disponibilní energie“, v psychologickém vyšetření pak „chronicky převažuje rezignace a regresivní znaky“. Psychiatr správně ve svém „parere“ usoudil, že klientova regrese a pasivita představují sebeochranný způsob přežití a nic nevypovídají o jeho opravdovém já, a doporučil ho po telefonické konzultaci k PCA terapii.

Když jsme před 4 lety započali naši spolupráci, J. mluvil tak tiše a monotónně, že jej téměř nebylo slyšet, neobratně a velmi váhavě formuloval myšlenky, neudržoval oční kontakt - mluvil jakoby k podlaze. Jeho psychika svou křehkostí připomínala motýlí křídla. Velmi váhavě popisoval svoje nutkavé urovnávání předmětů a zápas s ulpívavými myšlenkami, které mu nedovolovaly pružnější reagování. Jakoby bez naděje na změnu poukazoval na marnost vlastní osoby - krátce po přiznání důchodu sice pocítil úlevu, že nemusí chodit na pracovní úřad, kde se velmi styděl komunikovat, nyní se však cítil bolestně zbytečný a neschopný. O své maturitě se vyjádřil, že „mu ji tak trochu darovali“.

Jako terapeutickou zakázku vyslovil přání „přestat se trápit vysokými ambicemi, které nikdy nenaplní“ (rád by studoval VŠ jako jeho sestra).

Již první sezení poukázalo na některá zkreslení v sebepojetí pacienta a šlo tušit touhu po naplněném životě. V dalších sezeních postupně odkrýval výrazné pocity minority, nezařazenosti, nedostačivosti - nenaplnil otcovu představu zdatného sedláka, nestuduje, nedokáže vůbec vyjít mezi lidi, straní se jich, má obavy z jejich reakcí... Mluvil o izolovanosti a šikaně, výsměchu, který zažil na škole.

Intenzivní aplikace principů PCA postupně dokázala rozpouštět nedůvěru klienta (zpočátku i náznak jiného názoru vnímal jako odmítnutí své osoby) a umožnila mu vyjadřovat otevřeně svoje prožívání. Ten nesmírně plachý a nedůrazný člověk jednou zkritizoval dekorace v mé pracovně. V našem vztahu se stával stále aktivnějším. Postupně si dovoľoval prožívat potlačená přání a pomalu se pouštět i do jejich uskutečňování. Odvážil se postupně mezi lidi, absolvoval zájezdy, kdy musel vydržet mezi cizími lidmi, ze kterých měl strach, začal si hledat krátké brigády.

Když se v jednom období zhoršily projevy nutkavého chování, odmítl se v terapii zabývat technikami jejich zvládnutí, i když věděl, že toto je též možno ošetřit specifickou psychoterapií. Oznamoval, že si koupil knížku dr. Praška a celkem úspěšně s ní pracuje, čas v sezeních chce věnovat sobě jinak. Po vzájemné domluvě však absolvoval skupinu pro pacienty s kognitivním deficitem. V našich sezeních někdy plakal, neúspěchy jej dlouho srážely a vedly k návratům k nicotnému sebepojetí.

To se však postupně změnilo. J. je dnes dálkovým studentem VŠ, navštěvuje kurs angličtiny a svůj život si organizuje nejenom v rámci svého pokoje. Když "nedosáhl" na řidičské oprávnění, byl velmi smutný, ale ne zlomený. Hlubší vlastní sebepoznání mu přináší vhled do psychiky otce, což cítí jako úlevné. Je mnoho věcí, které zatím nedokázal, a stále velmi citlivě reaguje na neúspěch, nyní má však radost ze samotného procesu osobního rozvoje a z vlastního prožívání.

E. - psychóza schizofrenního okruhu

Když E. před čtyřmi lety vstoupila do mojí pracovny, neviděla jsem jí do obličeje.

Hlavu měla skloněnou hluboce k podlaze a takto se usadila i do křesla.

Přišla po objednání sociální pracovnící ze sdružení, které poskytuje služby klientům s psychotickou poruchou. V té době bylo E. 30 let a z toho čtyři roky pobírala plný invalidní důchod. Ve sdružení začala pracovat v chráněné dílně. Byla průběžně psychiatricky léčena, přesto se významně začala uzavírat, nekomunikovala s kolegy ani terapeutky, izolovala se.

Na první setkání ji přivedla matka. Bylo obtížné navazovat kontakt s temenem hlavy - za využití vyjádřené empatie a dalších terapeutických postojů se podařilo navázat první jemný a opatrný rozhovor. Hlava se sice nezvedla, ale dozvěděla jsem se, že se E. odmítá, vnímá se jako hnusná, zlá a odporná a to ji nedovoluje zvednout hlavu. Musí se taktéž hrbít, aby na tomto světě zabrala co nejméně místa. V dílně se za sebe strašně stydí, a proto tam už více nemůže chodit. Nevěří, že by ji terapeutka viděla jinak, cítí se zle a chtěla by se schovat...

I když klientka v průběhu prvního sezení manifestovala očekávání marnosti jakékoliv energie, která by do ní byla investovaná, „protože na nic nemá a nic si nezaslouží“, na konci sezení se nesměle zeptala, zda-li by bylo možné nějak získat sebevědomí... Na příští sezení se dostavila, stále v doprovodu matky, nadále se skloněnou hlavou, občas ale

koutkem oka sledovala moje reakce. Dozvěděla jsem se, že je matkou dítěte, které kvůli své psychické nemoci a také proto, že nevěří, že by o něj mohla pečovat, svěřila bývalému partnerovi. Taktéž se v minulosti chovala hrozně, za což se strašně stydí. Je zlá matka a zlý člověk, má agresivní myšlenky, lidé se bojí a někdy slyšela hlasy, které ji nabádaly ke špatným věcem...a občas se to vrací. Kromě toho je tlustá, škaredá... Bez matky by nikdy žádnou cestu autobusem a do města nezvládla...

V dalších sezeních se postupně formuloval pocit nicotnosti vlastního já. Srovnávala se nejenom s jinými lidmi, ale i se svým obrazem z období, když byla zdravá. Život měla naplněný odmítáním sebe a úzkostí, což ještě zhoršovalo způsob a kvalitu jejího bytí mezi lidmi. Měla sklony k uzavírání se ve svém pokoji, protože měla pocit, že si nic lepšího nezaslouží. Skoro rezignovala na udržování kontaktů se synem a pár známými ze sdružení, i když současně po nich toužila. Izolaci, do které emigrovala, prožívala jako důkaz své neschopnosti, zbytečnosti, hlouposti a trápila se jí.

V terapii zvedla nejdříve hlavu a později posbírala i svoje kompetence.

Někdy je v pokušení jejich částí se vzdát, ale důležité je, že je vždy znovu hledá.

Dnes již nepochybuje, že má právo na kontakt se synem, a snaží se jej udržovat. Zajímá se o svůj zevnějšek a prodloužila si smlouvu v chráněné dílně. Zajde s kamarádkami na kávu a může nakupovat ve městě. Dokáže jezdit sama dopravními prostředky a když ji to nutí opět klopat hlavu, přijde s problémem do terapie.

Dobrý přístup

Dobrým terapeutickým přístupem umožňuje terapeut klientovi vykročit na cestu za lepším bytím. Příběhy mých dvou klientů nejsou zdaleka ukončeny a jejich *já může dále procházet procesem změny*. To, co vnímám jako dobré, je, že oni sami nyní vnímají sebe jako *činitele* svých životů, více přijímají své pocity a necítí se negativními prožitky zničení ve své podstatě. Dokážou se těšit z vlastního prožívání a více si věří. Tak soudím, že žijí nyní alespoň trochu lepší život a že PCA je dobrý přístup pro dobrou psychoterapeutickou praxi.

Doporučená literatura k tématu:

- Drapela, V. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
Thorne, B. (1993). *Carl Rogers*. London: Sage Publications.
Tolan, J. (2006). *Na osobu zaměřený přístup*. Praha: Portál.

O autorce: PhDr. Beata Nour Mohammadi je klinická psycholožka a psychoterapeutka v soukromé praxi. Zaměřuje se na psychoterapii osob s psychiatrickou diagnózou, zejména s psychotickým onemocněním, a to zejména vzhledem k dlouholeté předchozí praxi v PL Černovice na psychoterapeutickém oddělení se zaměřením na doléčování pacientů s psychózou. Externě vyučuje na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně, je členkou facilitátorského týmu Institutu PCA v Brně a je soudní znalkyní v oboru psychiatrie, specializace klinická psychologie.

Kontaktní údaje:

e-mail: mohammadi@tiscali.cz
adresa: Lýskova 2, 635 00 Brno.