



ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE

Coufalová Jindřiška, Ondráková Eliška 3.APA

Carl Ransom Rogers 1902-1987



- Americký **psycholog a psychoterapeut**
- Představitel **Humanistické psychologie**
- Prosazoval na „**osobu zaměřenou terapii**“ (**PCA = person-centered approach**)
- Uplatňoval kombinace **empatie** (vcítění), **kongruence** (shody) a **reflexe** (porozumění) jako **3 základní předpoklady** vytvoření atmosféry umožňující **osobní růst**
- Rozvinul techniku **skupinového setkání**
- Autorem teorie osobnosti soustředící se na pojem „**já**“

Humanistická psychologie

- **50. léta 20. století**
- **Humanistická psychologie** = přístup pro nějž je charakteristické specifické pojetí člověka. Centrem je **tvůřivá osobnost** jako celostní, složitý a neopakovatelně individualizovaný výtvar, jejímž cílem je **seberealizace, sebeaktualizace** či **sebeuplatnění**.
- Přístup pojmání **podstaty a povahy člověka**
- Tendence **pohybovat se směrem k osobnímu růstu**
- Tendence **tvůřivosti a soběstačnosti**
- Lidé **vědomými a racionálními bytostmi**
- Člověk aktivním **tvůrcem svého vlastního života se svobodou volby**

PCA přístup

- **PCA** = person-centered approach
- „Přístup zaměřený na člověka“
- **3 základní terapeutické podmínky:**
- **Bezpodmínečné přijetí (reflexe)** = přijetí „klienta“ bez jakýchkoliv hodnotících soudů („takového jaký je“). Umožnění člověku setkat se všemi svými pocity, zážitky a myšlenkami, ať jsou jakkoliv negativní.
- **Empatické porozumění (empatie)** = citlivé a aktivní naslouchání, orientace v lidských emocích, neposuzování „klienta“, uvědomění si lidských pocitů, které právě „klient“ prožívá.
- **Kongruence (shoda)** = schopnost plně a autenticky vyjadřovat sama sebe, své prožitky a zkušenosti. Terapeut si uvědomuje, že není nadřazený odborník. O obsahu terapie rozhoduje „klient“. Snahou „terapeuta“ je, aby „klient“ nacházel zdroje spíše sám v sobě a neočekával, že mu „terapeut“ poskytne řešení.

Ukázka Rogersovské psychoterapie

Aktualizační tendence u pacienta s postpsychotickým defektem

Dvaatřicetiletý muž, 9. hospitalizace v PLB, dg. F20.0, F19.1. Přišel sám pro zhoršení stavu, abusus THC, vysazení léků, intermitentně auditivní halucinace, sui ideace. Po nasazení antipsychotik stav stabilizován, přeložen na otevřený pavilon, kde adaptován, perzistuje difúzní paranoidita, chudý kontakt, dominuje apaticko-abulický syndrom, výrazně pasivní - ani jednou za celý pobyt (2,5 měsíce) nezažádal o propustku, nejeví zájem o kontakty s rodinou, pro rychlý defekt osobnosti, zařazen do skupiny pro organické a chronické pacienty.

Na první pohovor, poté co jsem jej převzala do péče, přichází pro zvýšenou tenzi, nervozitu, kterou pocítil na komunitě, když měl mluvit před ostatními. Dále si stěžuje na únavu, nesoustředěnost, obává se však snížení medikace, po které by mohl nastat relaps psychózy - při představě návratu sluchových halucinací působí skutečně vyděšeně. Zdůrazňuje, že to nechce už nikdy zažít, radši tento stav, nežli psychóza. Nicméně život, který žije jej nijak neuspokojuje. Stěžuje si na závislost na kouření, myslí si, že se tím ničí. Poté se vrací k tématu neklidu na ranní komunitě - nerozumí tomu, co se v něm děje. Zdůrazňuje, že tak výrazný neklid ještě nikdy nezažil. Má pocit, že se divně dívá, že se mu klepou ruce.

K navázání kontaktu použiji **tělesné a obličejové reflexe** - popisuji mu, co vidím, tedy skutečně nervozitu až vyděšení v obličejí, nesnažím se odpoutávat pozornost na jiné téma, zklidnit ho či doptávat se, co za tím neklidem může být, zůstávám bez jakýchkoliv interpretací spolu s ním v jeho světě. Pacient zřejmě vycítil, že se snažím porozumět tomu, co prožívá. I přesto, že ze začátku zdůrazňoval, že takový neklid nikdy nezažil, na mysl mu přichází situace v obchodě, kdy se u pokladny rozklepal. Nacházíme spolu podobnost mezi situací tehdy a dnes při komunitě - od kontaktních reflexí přecházím v empatické reflexe.

- T: V obou situacích vnímám Vaši obavu z kontaktu s lidmi
- K: Ano, obavu z lidí mám od té doby, co jsem onemocněl... Lidé se na mě začali divně dívat, protože jsem se tvářil divně. Radši jsem proto nikam nechodil...
- T: *(Vnímám na pacientovi, že je stále ponořený u svých myšlenek, proto jej nepřerušuji.)*
- K: Když jsem byl ještě zdravý, díval jsem se na duševně nemocné s odporem, pohrdal jsem jimi. To samé pohrdání teď vnímám od ostatních vůči sobě.
- T: Ten odpor, o kterém mluvíte, vnímám jako nesmíření se s vlastní nemocí, odmítání částí sebe, která je psychotická, ke které se už "nikdy nechcete vrátit", jak jste říkal na začátku...
- K: Ano, nejsem smířený s vlastní nemocí a nechci na lidi působit jako nemocný, a proto taky vždycky ty léky vysadím. Nyní však vím, že to bez léků nejde, i když mě tlumí a berou mi energii
- T: Máte velký vztek na to, že jste onemocněl...
- K: Ano, mám vztek na sebe - dřív byl tak chytrý, dnes mu to nemyslí, nemůže se na nic soustředit.

Dále pokračoval ve výčtu toho, o co přišel kvůli nemoci. Vnímala jsem z mimiky a očního kontaktu, že se pohybujeme na hlubší rovině vztahu - že on vnímá můj zájem o to jeho "slabé já". K mému překvapení ke konci pohovoru začal hovořit o plánech, jak by mohl sám měnit svůj život (aniž bych toto téma jakkoliv iniciovala!). Znovu mluví o kouření cigaret, chtěl by ho omezit. Uvědomil si, že kouřením v sobě zahání neklid plynoucí z vlastních negativních pocitů nejen vůči okolí ale i sobě. Spontánně pak navrhuje, že by mohl zavolat rodině (po celou dobu pobytu, tedy cca 3 měsíce, nevyvinul jedinou aktivitu v tomto směru!).

Při odchodu vnímám pacienta více uvolněného, usměvavého, lidsky vřelého - v této proměně spatřuji jeho zážitek, kdy si dovolil setkat se s tím, co celou dobu odmítal a co ho vlastně celou dobu drželo v jeho pasivitě. Domlouváme se ještě na úpravě medikace s více aktivizujícím účinkem. Při dalším setkání udává, že skutečně volal rodině, že přestává kouřit a že si vyzkoušel jít ven a cítil se mezi lidmi dobře. 14 dní po tomto rozhovoru byl pacient na vlastní žádost propuštěn.

Resumé: Tato kazuistika ukazuje, jak je možno během jednoho rozhovoru proniknout k jádru věci, i když se problém může zpočátku jevit zcela jinak. Podmínkou skutečného porozumění je ponechat zcela na klientovi vedení, aby nás přivedl tam, kam potřebuje. V tomto případě šlo vedle nalezení podstaty jeho potíží i o hledání sebeozdravného zdroje, který je přítomen i u tohoto zdánlivě "defektního" pacienta, pod jehož "emočním oploštěním" se nachází poněkud bohatší vnitřní život, než obecně předpokládáme. Cesta ke zlepšení compliance v jeho případě není jen v pravidelné edukaci o nemoci a nutnosti užívání léků, ale v podpoře hledání samoozdravných mechanismů - v tomto případě zejména zvýšení sebehodnocení a smíření se s nemocí.



- Naming – pojmenování
- Understanding – porozumění
- Respecting – respektování
- Supporting – podporování
- Exploring - zkoumání

Příklad modelových otázek

N - „Hodně Vás to zarmoutilo, překvapilo.“ „Jste napjatá, jste nervózní.“

U - „Rozumím tomu správně že....“

„Můžete mi to vysvětlit, jak to vnímáte, abych Vám dobře porozuměla?“

R - „Je to v pořádku, že se takto cítíte po tom všem.“

„Musí to být pro Vás velmi těžké.“

S – „Jsem tu pro Vás.“

„Udělám vše, abyste se cítila lépe.“

E - „Povězte mi o tom víc, co se Vám teď honí hlavou?“

„Jaké obavy Vás trápí?“

Modelové situace v porodní asistenci

- Obavy z porodu
- Obavy z bolesti
- Obavy z poranění
- Obavy z manipulace s novorozencem
- Obavy z kojení
- Obavy z epiziotomie
- Obavy z císařského řezu
- Obavy z mateřství
- Obavy z epidurální analgezie
- Obavy z přijetí novorozence sourozencem

Zdroje

- https://wikisofia.cz/wiki/Humanistická_psychologie_osobnosti
- <https://www.cbdb.cz/autor-31014-carl-ransom-rogers>
- [http://psychology.inthemind.eu/index.php?title=Humanistická_psychologie_\(Maslow,_Rogers,_May\)](http://psychology.inthemind.eu/index.php?title=Humanistická_psychologie_(Maslow,_Rogers,_May))
- <https://psycholog-praha.cz/pribehy-psychotherapie/nestastna-z-rodicu>



DĚKUJEME ZA
POZORNOST!