

*Zde prezentovaný text je pracovním, nerecenzovaným překladem kapitoly, která byla anglicky publikována v knize: Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (eds.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli. ISBN 978-88-204-2072-7. Celá kniha je v originále dostupná na <http://www.gestalt.it/eng/> v tištěné podobě a na Amazon.com v elektronické podobě.*

Tuto kapitolu přeložil: Michal Černík

Pracovní překlad kapitoly je se svolením editorů knihy k dispozici odborné veřejnosti. Přeložena je doposud jen část celé knihy, která se zabývá uplatněním gestalt terapeutického přístupu v různých oblastech klinické praxe. Zájemci o překlad dalších kapitol jsou velmi vítáni a mohou se obracet na: katerinaozanova@seznam.cz.

Schopnost „posunout se dál“.

Gestalt terapeutický přístup k léčbě traumatu

Ivana Vidakovicová

Nové tisíciletí začalo neštěstím spojeným s přírodními i člověkem způsobenými katastrofami. Traumatická zkušenost ovlivňuje člověka v jeho celistvosti – nejen jeho tělo, emoce, poznávací procesy a chování, ale také jeho spiritualitu či sociální fungování. Přesto většina lidí netrpí dlouhodobými následky prožitých traumat. Schopnost zvládnout trauma závisí na osobnostních charakteristikách, životních zkušenostech a dostupnosti podpory bezprostředně po události. Důležitou roli při vyrovnávání se s traumatem hraje také povaha traumatu či jeho okolnosti. Některá traumata bohužel přesahují lidskou schopnost zpracovat danou zkušenost a přisoudit jí nějaký smysl.

1. Diagnostické úvahy

Psychiatrické diagnózy spojované s traumatem¹ jsou podle některých autorů kontroverzní. Příčinu vzniku těchto poruch vidí mimo samotného jedince, tedy ve vnější traumatizující události (Yehuda a McFarlane, 1995; McNally, 2004) a řada příznaků není specifická pouze pro tyto diagnózy (Campbell a Lorandos, 2010). Další rozporuplnost těchto diagnóz je spojena s vysokou komorbiditou posttraumatické stresové poruchy s poruchami nálad, úzkostnými poruchami, zneužíváním psychoaktivních látek a somatoformními poruchami (Kulka et al., 1990; Orsillo et al.,

¹Kromě *Posttraumatické stresové poruchy* (PTSD) popsané v DSM IV a DSM IV-TR (APA, 1994; 2000) a dále v MKN-10 (WHO, 1992), jsou za další psychiatrické diagnózy spojované s traumatem považovány: *Akutní stresová porucha* (APA, 1994; 2000) nebo *Akutní reakce na stres* (WHO, 1992), jakožto časově omezené reakce na trauma (méně než měsíc, nejčastěji 1 – 3 dny). Jejich symptomy se překrývají s PTSD, vyznačují se však větším počtem disociativních příznaků. V literatuře můžeme také nalézt odkazy na *Komplexní PTSD* nebo *Poruchy extrémního stresu nikde jinde nespecifikované – DESNOS* (van der Kolk et al., 1996; Herman, 1997; van der Kolk, 2001), které se vyznačují těžkými a dlouhotrvajícími změnami osobnosti (u lidí traumatizovaných v nízkém věku nebo u lidí s dlouhotrvajícím interpersonálním traumatem v anamnéze). DESNOS není v DSM IV popsána jako samostatná diagnóza, ale může odpovídat popisu *Přetrvávajících změn osobnosti po katastrofické zkušenosti* z MKN-10 (WHO, 1992).

1996).

Fenomén reakcí na traumatický stres byl sice popsán již dříve, dokonce i mimo medicínskou literaturu (van der Kolk, 2007), nicméně DSM III (APA, 1980) rozpoznává a uvádí Posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD) jako diagnózu teprve od nedávna.

V DSM IV² (APA, 1994) jsou uvedena následující diagnostická kritéria:

A. Jedinec byl vystaven traumatické události, pro kterou platí obě následující kritéria:

1. Prožil, byl svědkem nebo musel čelit události nebo událostem, při kterých došlo k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo kdy došlo k těžkému úrazu nebo k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných.
2. Odpověď jedince zahrnovala intenzivní strach, beznaděj nebo hrůzu (u dětí může být odpověď vyjádřena dezorganizovaným nebo agitovaným chováním).

B. Traumatická událost je neodbytně znovuprožívána jedním nebo několika z následujících způsobů:

1. Opakované a neodbytné obtěžující vybavování události ve formě představ, myšlenek nebo vjemů (u malých dětí se může opakovaně vyskytnout způsob hry, který znázorňuje téma nebo některé aspekty traumatu).
2. Opakované nepříjemné sny, které se týkají události (u dětí se může jednat o děsivé sny bez zřetelného obsahu).
3. Jednání nebo pocity, jakoby se traumatická událost vracela ve formě pocitu znovuprožívání, iluzí, halucinací a epizod disociačních flashbacků, včetně takových, které se vyskytují při probouzení nebo při intoxikaci (u malých dětí se může jednat o opětovné přehrávání specifické tematiky traumatu).
4. Závažné psychické obtíže po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, jež symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.
5. Somatická reakce na vystavení vnitřním nebo zevním podnětům, které symbolizují nebo něčím připomínají traumatickou událost.

C. Trvalé vyhýbání se podnětům, které jsou spojeny s traumatem, a ochromení všeobecné vnímavosti, které nebylo přítomno před traumatem. Projevuje se třemi nebo více z následujících kritérií:

1. Snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo rozhovorům spojeným s traumatem.
2. Snaha vyhnout se činnostem, místům nebo lidem vyvolávajícím vzpomínku na trauma.
3. Neschopnost vybavit si některý důležitý moment traumatu.
4. Zájem o důležité činnosti je zřetelně snížen.
5. Pocit lhostejnosti nebo odcizení ve vztahu k jiným.
6. Zúžený rozsah emotivity, např. neschopnost pociťovat lásku.
7. Pocit omezených možností v budoucnu, např. ztráta zájmu o kariéru, manželství, děti nebo ztráta normální chuti do budoucího života.

D. Trvalé příznaky zvýšené dráždivosti, které nebyly přítomny před traumatem, projevující se dvěma nebo více z následujících kritérií:

1. Obtíže s usínáním nebo s udržením spánku.

²V připravované DSM V se předpokládají následující změny: kritérium A1 bude rozšířeno tak, aby obsahovalo extrémní nebo opakované vystavení nepříjemným detailům z traumatizujících událostí, zatímco kritérium A2, které vyžaduje reakci intenzivního strachu během události, bude vyřazeno. Případné diagnostické příznaky pro PTSD budou rozšířeny a rozděleny do čtyř oblastí: 1. rušivé znovuprožívání, 2. vyhýbání se, 3. negativní vliv na kognici a náladu, a 4. změny vzrušivosti a reaktivity (Friedman, Resick, Bryant a Brewin, 2011; APA, 2012). PTSD bude vyjmuta z kategorie úzkostných poruch a bude zařazena do nové kategorie „Poruchy spojené s traumatem a stresem“ (Friedman et al., 2011; APA, 2012).

2. Podrážděnost nebo návaly hněvu.

3. Obtíže s koncentrací.

4. Hypervigilita.

5. Nadměrná úleková reaktivita.

E. Porucha (příznaky kritérií B, C a D) trvá déle než jeden měsíc.

F. Porucha způsobuje klinicky významné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit.

2. Diagnostický proces a vztahové úvahy

Při diagnostice a v terapii využívají Gestaltisté vztahovou zkušenost „tady a teď“. Předtím, než se budeme věnovat této stránce dynamické Gestalt diagnostiky, popíšeme, co můžeme pozorovat u jedince s PTSD pomocí procesuálně diagnostického přístupu.

Příliš silné a málo pružné, nebo naopak nestabilní či dokonce nepřítomné osobní hranice – obou extrémů si lze všimnout v kontaktu s traumatizovanými lidmi, což může vést k jejich sociální izolaci, nedostatečné schopnosti ochránit se, nebo k nárůstu rizika opakovaného zneužití.

Po traumatu dochází ke změnám základních kontaktních funkcí (oční kontakt, hlas, sluch, dotek, tělesný postoj/pohyb) a snaha přiblížit se k druhým či nechat druhé přijít blíž je pozastavena. Kromě toho jsou narušeny percepční, emoční i kognitivní procesy (smyslová integrace, emocionální reaktivita a regulace, myšlení a paměť) a k významným změnám dochází i v usuzování a sebehodnocení (Janoff-Bulman a Frantz, 1997).

Dynamika figury a pozadí je narušena. Trauma je jakožto figura tak zahlcující, že se veškerý kontext ztrácí. Pozornost se zužuje a traumatizovaný jedinec není schopný rozšířit percepční pole a dovolit jiným aspektům života stát se figurou (Avery, 1999).

Všechny funkce Self jsou zatemněné. Funkce Id („Já potřebuji“, „Já si uvědomuji“) jsou potlačené, jedinec má omezené potřeby a zájmy. Funkce Ego („Já volím“, „Já jedním“) se ztrácí v neschopnosti vypořádat se s traumatem. Kontinuita funkce Osobnosti („Já jsem“) zmizela, jedinec již není tím, kým býval dříve, nové zkušenosti nejsou integrované a nová osobnost se po události, která změnila jeho život, ještě nevyvořila.

Kontaktní cyklus se zastaví ve fázi demobilizace z traumatické zkušenosti a je dále narušován desenzitizací (prázdnota, otupělost) a deflexí (popírání, vyhýbání se, projekce, atd.).

Trauma také ovlivňuje vztahové zkušenosti a to, jak sami sebe vnímáme, je vždy přítomné v poli a v neposlední řadě i v terapeutickém vztahu. Lidé, kteří prožili trauma, bývají silně rozrušení nebo stažení a utlumení, mívají zahlcující a smíšené emocionální reakce, nebo může být jejich emocionalita zablokována, jsou roztrženi a obecně méně dostupní pro kontakt tady a teď. Terapeut je nedílnou součástí klientova pole a vztahového diagnostického procesu. Proto je také aktivní při spoluvytváření fenomenologické vztahové zkušenosti, která může odhalit reakci na traumatizující událost nebo PTSD. Vztahový rozměr terapie se dotýká klientovy kapacity pro kontakt, vytváření vztahu, důvěry a intimity, ale zároveň dává prostor projekcím, přenosu a protipřenosu ve vzájemné zkušenosti probíhající mezi klientem a terapeutem. Terapeut musí být k těmto jevům pozorný, protože mohou přinést části traumatu do zkušenosti tady a teď. Současně je jeho úkolem umožnit klientovi, aby je opatrně prozkoumal. Vztahové problémy běžné v terapii traumatizovaných klientů lze popsat pomocí polarit stabilita/nestabilita, důvěra/nedůvěra a síla/bezmocnost. Pro terapeuta je skutečnou výzvou potkat se s klientem v jeho bytí po prožití traumatické události a spoluvytvořit s ním stabilní a důvěrný vztah, který dovolí klientovi cítit se zakotvený a přístupný kontaktu s bolestivými emocemi, s cílem opět dosáhnout celistvosti.

3. Gestalt model traumatu, PTSD a jeho aplikace

Trauma popsali jako *nedokončenou záležitost z minulosti a fixované vjemy* poprvé již zakladatelé Gestalt terapie (Perls, Hefferline a Goodman, 1951). Později autoři odborné Gestalt literatury odkazovali na tyto kořeny, když vysvětlovali trauma jako *nedokončenou zkušenost, fixovaný gestalt a neschopnost stáhnout se*, které narušují nové zkušenosti (Polster a Polster, 1973; Zinker, 1978; Serok, 1985).

Trauma bylo široce pojímáno jako nepříznivá událost nebo „*spíše traumatizující řada více či méně frustrujících a nebezpečných okamžiků*“ (Perls, Hefferline a Goodman, 1951) a současně byla rozpoznána a popsána fenomenologie posttraumatických reakcí v rušivých myšlenkách, vyhýbání se, otupělosti a zvýšené podrážděnosti: „*Nedokončené situace z minulosti doprovázené nevyjádřenými pocity, které nebyly nikdy plně prožity, ... ty narušují naše uvědomění zaměřené na přítomnost a autentický kontakt s druhými*“ (tamtéž). „*Nedokončené záležitosti hledají způsob, jak se dokončit, a jsou-li dostatečně silné, začnou daného jedince trápit obtěžující myšlenky, nutkavé chování, obavy, tíživá energie a řada aktivit majících ochranný charakter*“ (Polster a Polster, 1973). „*[...] tlak pocitů a nebezpečná výbušnost reakcí postupně rostou, přičemž sílí, dokud nejsou z ekonomických důvodů úplně zahlazeny...*“, „*Vyhýbání se je prostředek, který jedinec používá k tomu, aby se chránil před dokončením „nedokončené záležitosti“ ... Vyhýbání se vzniká na základě dobrých a pro jedince významných důvodů, proto je nutné porozumět tomu, jak se rozvíjí*“ (Perls, Hefferline a Goodman, 1951).

Abychom znovunastolili kapacitu pro kontakt „tady a teď“ s vlastním Self, s ostatními a s prostředím, je třeba oslovovat „*nedokončené záležitosti z minulosti*“. Tím lze dosáhnout uzavření kontaktního cyklu pomocí „*návratu ke starému problému nebo vztahování se k podobným okolnostem v přítomnosti*“ (Polster a Polster, 1973) s využitím „*mnoha cest, nejen cesty slovní*“ (Perls, Hefferline a Goodman, 1951).

Další vývoj Gestalt vědění o traumatu posouvají Melnick a Nevis, když popisují PTSD jako projev *potíží s demobilizací* v posledním stádiu kontaktního cyklu a jako jedincovu neschopnost vstřebat a strávit nezdravou zkušenost, s cílem dosáhnout závěrečného stažení (Melnick a Nevis, 1992; 1997a; 1997b; 1998). Když je prožita zkušenost příliš „výbušná“, než aby mohla být jednoduše vstřebána, stará figura zůstává neintegrována a má opakovaně rušivý vliv na současné i budoucí prožívání jedince (Melnick a Nevis, 1997a). Na začátku terapie bychom měli klientovi umožnit *odvrátit se* od traumatizující figury. Když klienta pomalu provedeme procesem asimilace, sníží se intenzita emocí současně s nárůstem jeho schopnosti je zvládat a zacházet s nimi. Nejtěžší fází terapie je *setkání s prázdnotou*, ale když je ho klient schopen, vede k přijetí nových poznatků o self (Melnick a Nevis, 1992; 1998).

Gestalt terapeutický přístup k léčbě traumatu se i nadále vyvíjí. Butollo se věnuje *posttraumatickému vývoji Self*, přičemž popisuje ztrátu empatie a reaktivní narcismus jako dvě možné reakce traumatizovaného Self (Butollo, Kruesmann a Hagl, 2000). Představil také proces terapie traumatu, ve kterém je třeba projít následujícími fázemi: *Bezpečí* (navození pocitu bezpečí, vybudování terapeutického vztahu, nácvik relaxačních technik, práce s dechem, práce s jednotlivými symptomy, nácvik schopnosti čelit vyhýbavému chování a aktivace zdrojů sociální podpory); *Stabilita* (překonání pocitů nejistoty, přijetí sebe sama, sebereflexe v kontaktu s druhými); *Konfrontace* (aktivace a ochrana hranic Self, kognitivní a emoční zpracování traumatu) a *Integrace* (přijetí toho, co se stalo, přijetí změny, Já-Ty dialog s traumatem).

Cohen (2002; 2003) ve svém přehodnocení PTSD z Gestalt perspektivy vysvětluje příznaky traumatu jako dvoudimenzionální polaritu. Kontinuum od *extrémního nabuzení a rozrušení* po *nízké nabuzení a otupělost*, dále pak kontinuum od *přehnaného zapojení* (znovuprožívání traumatu, flashbacky a ruminace) po naprosté *vyhýbání se* podnětům spojeným s traumatizující zkušeností. Dokazuje, že Gestalt terapie může být metodou volby při léčbě traumatu, kdy spatřuje zejména ve fenomenologii a v Já-Ty dialogu, coby nedílných součástí Gestalt terapie, skutečně účinné složky

terapie traumatu.

V posledních letech se Gestalt přístup k traumatu více zviditelnil (Avery, 1999; Fodor, 2002; Cohen, 2002, 2003; Hardie, 2004). Řada nedávno publikovaných článků a případových studií ukazuje, jak Gestalt terapie pracuje s klienty, kteří utrpěli trauma různého typu, tj. se zneužívanými dětmi, dospělými klienty, kteří zažili zneužívání v dětství, oběti války a uprchlíky, válečnými veterány, a v neposlední řadě také s pomáhajícími profesionály, tj. poradci, sociálními pracovníky, traumatizovanými letuškami a stevardy, atd. (Crump, 1984; Serok, 1985; Crump, 1984; Sluckin, Weller a Highton, 1989; Kepner, 1995; Butollo, Kruesmann a Hagl, 2000; Pollard, Mitchell a Daniels, 2002; Cohen, 2003; Gilbert, 2006; Pack, 2008).

4. Léčba traumatu

Různé přístupy k léčbě traumatu zpravidla zahrnují slovní a emocionální vyjádření, behaviorální zvládání a kognitivní zpracování traumatické události a jejích následků. Většina manuálů k léčbě PTSD doporučuje terapii zaměřenou na trauma a expozici jako hlavní nástroje léčby pacientů s PTSD (Foa, Keane a Matthew, 2000; National Institute for Clinical Excellence, 2005). Terapie zaměřené na expozici zapojují klienta do systematické konfrontace s objektem jejich strachu uvnitř terapeutického rámce s cílem získat znovu kontrolu nad zahlcujícími emocemi. Ve standardech léčby traumatu jsou široce využívány techniky relaxace a práce s dechem, jejichž smyslem je snížit tělesnou tenzi a nabuzení. Kognitivně behaviorální terapie pracuje s kognitivní restrukturalizací. Zaměřuje se na klientovy zneklidňující myšlenky a interpretace traumatu a na jejich vliv na klientův život (Resick a Calhoun, 2001). Novější myšlenky do rozvoje terapie traumatu přinášejí narativní expoziční terapie (Narrative Exposure Therapy, Neuner a kol., 2004; 2008) a terapie traumatu zaměřená na emoce (Emotion-Focused Therapy for Trauma, Paivio a Leone, 2010). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) kombinuje expozici, relaxační techniky a kognitivní restrukturalizaci s představami traumatizující situace s cílem stimulovat zpracování traumatu (Shapiro, 1995). EMDR je nyní široce uznávaná metoda používaná terapeuty různých přístupů, včetně Gestalt terapeutů (Ginger, 2010).

4.1. Gestalt léčba traumatu

Gestalt terapeuti se při léčbě traumatu zaměřují především na *vztahové aspekty*, pracují s *dialogickými intervencemi*, aby posílili klientovu schopnost kontaktu, a cestou dialogu mu pomáhají dokončit nedořešenou traumatickou zkušenost (Butollo, 2010). Se svým *holistickým přístupem* Gestalt bere do úvahy celistvost jedince zasaženého traumatem a v terapii s ním pracuje. *Fenomenologická metoda* využívaná v Gestaltu vede k pomalému, krok za krokem postupujícímu prozkoumávání původní zkušenosti a k rozpoznání různých narušení procesu asimilace a stažení. Fenomenologické zaměření na práci *tady a ted'* nabízí možnost odstoupit od zaplavující minulé zkušenosti a zaměřit proces uzdravování na přítomný okamžik a na všechny zdroje a podpůrné mechanismy dostupné v Self a v jeho prostředí. *Kontakt* mezi terapeutem a pacientem umožňuje pacientovi snést zpracovávání traumatu. Vztah a proces mají větší hodnotu než obsah a techniky. *Já-Ty dialog*, zahrnující přítomnost, inkluzi a potvrzení, je nejen metodou, ale také tím, o co se v terapii snažíme. Pro klienty, kteří trpí PTSD, je sice dosažení dialogu velkou výzvou, ale zároveň uzdravující zkušeností.

Základním stavebním kamenem práce s lidmi zasaženými traumatem jsou uvědomění a přijetí, inkluze a dialog. Ty mohou být podpořeny užitečnými specifickými Gestalt intervencemi, jako například experimenty typu práce s prázdnou židlí nebo dvěma židlemi, práce s „tady a teď“, povzbuzování „Já výroků“, atd. Mezi další intervence běžně integrované v Gestalt přístupu patří práce se sny a vizualizacemi, práce s tělem, dechová cvičení, relaxace, meditace, rituály,

terapeutické psaní, atd. Tyto jednoduché léčebné dovednosti mohou pomoci traumatizovaným lidem opět najít zakotvení a střed vlastního těla. Současně pomáhají vrátit se zpět k vrozené tělesné moudrosti, která zajišťuje rovnováhu a celistvost organismu a jejímž smyslem je žít klidnější život.

Uzdravování probíhá v procesu odehrávajícím se mezi dvěma (nebo více) osobami – klientem (klienty) a terapeutem. Každý klient má svou vlastní jedinečnou zkušenost, každý vztah a terapie jsou jiné. Přesto se zde pokusíme popsat některé jevy a milníky, s nimiž se lze při Gestalt terapeutické léčbě traumatu často setkat.

4.1.1. Znovunastolení seberegulace a respektování hranic traumatizovaného Self

Protože je přirozená schopnost seberegulace a dosažení homeostázy ztracena, terapeut musí povzbudit klienta, aby o sebe zvýšeně pečoval a dbal na základní zdravé návyky (výživa, spánek, chůze, atd.). Na začátku terapie je důležité, aby klient znovunastolil sebekontrolu a pocit bezpečí v okamžiku „tady a teď“. Totéž je třeba opakovat také v průběhu terapie, kdykoliv traumatická figura vystupuje příliš do popředí. Terapeut podporuje klientovu schopnost zvládnout vjemy, napětí a emoce tím, že zaměřuje jeho pozornost na přítomný okamžik, což pomáhá vytváření odstupu od zahlcujícího prožitku. Řada klientů má předchozí zkušenost s různými formami zneužívání. Pro rozvoj dobrého terapeutického vztahu je důležité respektovat klientovy hranice a ochotu spolupracovat, aby nedošlo ke sklouznutí do paralelního procesu s případným předchozím zneužíváním. Terapeut povzbuzuje klienta k tomu, aby byl aktivním účastníkem terapie schopným následovat nebo volit to, co se v průběhu terapie stane.

4.1.2. Znovunastolení Self, uvědomování kontextu a kontaktní funkce

Jestliže jedinec reagoval během traumatu nebo bezprostředně po něm silnou disociací vjemů a pocitů, rozštěpení „pozorujícího Self“ a „zažívajícího Self“ může trvat dlouhou dobu. To má za následek odpojení od kontextu a omezení klientova prožívání. Tomu můžeme čelit tím, že pomůžeme danému člověku obnovit a zlepšit sebeuvědomění. Terapeut může navrhnout některé specifické intervence, jako například ujišťující výroky v první osobě, tzv. „*I statements*“ („Jsem v bezpečí“, „Přežil jsem“, „Jsem tady a jsem živý“), stejně jako jednoduchá cvičení pro zvýšení uvědomění vlastních tělesných vjemů a pocitů. Dechová cvičení, relaxace a meditace pomáhají klientům snížit zvýšené nabuzení, zatímco některé tělesné aktivity či různá cvičení mohou uvolnit blokovanou energii traumatu. Přivedení traumatizovaného klienta zpět do kontaktu s tělem bývá velmi křehkou a dlouho trvající částí terapie, zejména když trauma zahrnovalo tělesné nebo sexuální týrání. Nicméně pochopení a vyjádření toho, jak se trauma projevuje v těle, je nezbytnou součástí terapie traumatu (Kepner, 1995).

4.1.3. Přiblížení se k traumatu – práce s vyhýbáním se a s rušivými myšlenkami

Práce s traumatickými zkušenostmi klienta často vyžaduje, abychom se přiblížili k původní situaci. Klient tak může trauma znovu přehrát v bezpečném prostředí, což mu umožní výsledné pocity prožít a vyjádřit tady a teď. Pro oběti traumat je však těžké zvládat opakované a rušivé vybavování si události, včetně vjemů, představ, myšlenek či snů. Sebe-uklidnění (relaxační a vizualizační techniky – bezpečné místo a uzemnění) a systematická kontrolovaná expozice (každý den 10 minut, ve kterých si klient vybaví nebo dovolí traumatické vzpomínky) s přístupem „připustit a nechat jít“ (mindfulness) mohou pomoci traumatizovanému člověku znovu získat kontrolu nad rušivými obsahy.

Jako techniku expozice podnětům vztaženým k traumatu lze také použít následující Gestalt experiment. Klient je veden k tomu, aby se přiblížil konkrétní traumatizující situaci, navštívil znovu dané místo, znovu prožil traumatizující událost a přitom popisoval detaily, vjemy a emoce tak, jako

by se děly v přítomnosti. S podporou terapeuta tak klient může navštívit slepou uličku, obsah traumatu či emoce, kterým se vyhýbá. Terapeut je součástí tohoto experimentu, přičemž podporuje klienta, aby vytrval a prošel prožívanou zkušeností. Současně nabízí klientovi uvědomění v okamžiku tady a teď, kdy je klientovo Self ve vztahu s terapeutem přítomné, v bezpečí a živé. Dále klientovi pomáhá dosáhnout uzavření a opakované stažení se z této zkušenosti.

V průběhu tohoto procesu je klient neustále povzbuzován, aby trénoval uvědomění, inkluzi a dialog. Přesto bychom měli mít neustále na paměti vysoké riziko retraumatizace, zvláště při používání expozičních technik bez budování dostatečné podpory pro traumatizovaného jedince při jeho pokusu vydržet nové přiblížení k traumatu.

4.1.4. Zvládání zahlcujících negativních emocí a myšlenek – budování kapacity pro přijetí

Kromě smutku a žalu po skutečných nebo symbolických ztrátách prožívají lidé po těžkých traumatech řadu dalších pocitů – v první řadě stud, pocity viny, hněv, dále pak pocity selhání, „co kdyby“ ruminace a další poráženecké myšlenky a nepříjemné emoce. V terapii podporujeme vyjádření a zpracování autentických emocí. Klient je povzbuzován, aby místo popírání, obviňování, přesouvání nebo zbavování se zodpovědnosti za vlastní prožívání, přijal myšlenky, pocity a jednání v minulosti a přítomnosti jako součást Self a jeho různých omezení. Práce na zvyšování kapacity akceptace pomáhá klientům přijmout změny, vypořádat se s následky a znovu vybudovat svůj život důstojně a v nejvyšší možné kvalitě dané životními okolnostmi. Zde jsou velmi prospěšné dialogické Gestalt intervence: „prázdná židle“ jako šance na přímé oslovení hněvu, nebo „dvě židle“ pro „top dog – under dog“ dialog, kdy je klient zahlcen pocity viny a sebeobviňováním.

4.1.5. Znovuvybudování systému sociální podpory a zapojení do mezilidských vztahů

Interpersonální podpora rodiny, přátel a širší sociální síť, pocity, že někam patříme, a láska mají ohromný léčivý potenciál. Trauma však hluboce zasahuje mezilidské vztahy a klienti často do terapie přinášejí témata s tím spojená. Nejsou schopni regulovat emoce a mají problémy s vazbou či intimitou. Svými emocemi nebo otupělostí jsou často vyděšeni a snaží se chránit důležité vztahy tím, že se stáhnou z kontaktu.

Specifická mezilidská dynamika související s traumatem se často objevuje i v terapii a terapeut musí ve vztahu s klientem věnovat pozornost vlastní zkušenosti. Když se klient odvrací od propracovávání traumatu a hledá zkušenost, ve které by si mohl ověřit své nové předpoklady, vztah s terapeutem nabývá na důležitosti. Hranice a důvěra procházejí zkouškou, při které se mohou vynořovat nové požadavky a rozličná očekávání. V takové chvíli je důležité, abychom zůstali stabilní a bezpeční. Současně je důležité poskytnout klientům jasně strukturované prostředí, ve kterém můžeme být plně přítomni jako lidské bytosti s realistickými a omezenými dovednostmi. V přenosové a protipřenosové dynamice si klient a terapeut mohou vyměnit obsah, který souvisí s traumatem, ale zůstává za slovy a mimo uvědomění. Zkoušení nových poznatků v terapeutickém vztahu a přijetí druhého s jeho silnými i slabými stránkami podporuje klientovo sebepřijetí.

4.1.6. Změna významů, stažení se z traumatu, integrace a dokončení

Předtím než jsou klienti schopni stáhnout se z traumatu, integrovat ho a dokončit kontaktní cyklus, je nutné znovunastolit podpůrný kognitivní systém. Základní předpoklady klientů o světě a o nich samých jsou narušeny, zejména ty, které se týkají osobní hodnoty, důvěry a pocitu bezpečí. Úkolem terapie je rovněž přebudovat základní osobní přesvědčení a oživit pozitivní myšlení, obnovit systém hodnot a pomoci klientům znovu získat naději, víru a vidinu budoucnosti. Gestalt terapie se svým důrazem na vytváření smyslu a na spiritualitu (Polster a Polster, 1977) pomáhá klientům přeformulovat životní příběh, vyložit traumatizující událost a hledat nové významy

vztahující se „k pozadí, které poskytuje stabilitu, jíž přítomný okamžik sám o sobě poskytnout nemůže, a současně perspektivu dialogu s něčím, co je mimo nejaktuálnější figuru, za hranicemi bezprostředních souvislostí“ (Jacobs, 2003b).

Přeformulování životního příběhu pomáhá klientovi získat nový, hlubší pohled na osobní zkušenost. Klient a terapeut hledají kontext a rámec, které mohou dát osobní traumatické zkušenosti nový smysl a poskytnout obecnou perspektivu. Terapeutické psaní a jiná umělecká vyjádření mohou pomoci integrovat traumatickou zkušenost do životního běhu a propojit minulost s přítomností a budoucností. Dokončení kontaktního cyklu a integrace je dosaženo tehdy, když život před traumatem a po něm není vnímán roztržštěně a odděleně, ale spíše jako smysluplné kontinuum (Alon a Levine Bar-Yoseph, 1994).

4.2 Individuální a skupinová léčba

Většina výše popsanych intervencí může být použita jak v individuálním sezení, tak při skupinové terapii. Individuální nebo skupinovou léčbu volíme většinou podle toho, která se nám zdá vhodnější. Před zařazením lidí s těžkým traumatem do skupinové terapie bychom však měli zahrnout do procesu rozhodování následující pozorování. Individuální sezení se doporučuje u lidí s těžkým traumatem, zejména kvůli odkrytí traumatu a úvodní práci na něm. Individuální terapie poskytuje bezpečnější prostředí a privátnější kontakt s lepší vyhlídkou na vybudování vazby a intimity. Skupinový kontext může být důležitým doplněním individuální terapie, neboť v jeho rámci si může klient opět potvrdit hodnotu své zkušenosti v relativně bezpečné situaci. Skupina by měla být dostatečně rozvinutá, aby vstřebala traumatický obsah a s ním spojené emoce, a současně zůstala celistvá a koherentní. Sdílení silné traumatické zkušenosti na začátku skupiny během prvních pár setkání může být kontraproduktivní. Skupina může být zahlcena traumatickým příběhem stejně jako traumatizovaný jedinec.

5. Individuální a kolektivní v traumatu

Neoslovené a neléčené trauma se může projevit v poškozování sebe sama (alkoholismus, zneužívání psychoaktivních látek, deprese, workoholismus, tělesné onemocnění, sebevražda, atd.) nebo v poškozování druhých (agresivní chování, opakované konflikty, vysoce riskantní chování, domácí násilí, atd.). Toto ubližování sobě nebo druhým může být chtěné i nechtěné. „Bolest, která není přeměněna, bývá přenesena“ (Rohr in Yoder, 2005). V odborné literatuře byl popsán mezigenerační přenos traumatu, zejména po velké a extrémní traumatické události, jako je například holocaust (Yehuda et al., 2005; Sorscher a Cohen, 1997). Trauma zasahuje nejen přímé účastníky traumatizující události, ale také jejich rodiny, přátele a v širším měřítku také celé komunity. Při vymezování a léčbě traumatu by si měl terapeut být vždy vědom silného sociálního, kulturního a politického rozměru traumatu (Scott, 1990; Yoder, 2005; Vidakovic, 2009; 2011; Jankovic et al., 2010; Perera-Diltz, Laux a Toman, 2012). Gestalt terapie zahrnuje perspektivu širšího pole a nabízí kulturně citlivý přístup k diagnostice a léčbě PTSD (Chang, 2005; Perera-Diltz, Laux a Toman, 2012).

6. Existenciální perspektiva v léčbě traumatu a posttraumatický rozvoj

Po úspěšné terapii bude klient nejen bez příznaků, ale také bude schopný ocenit zisk z traumatické zkušenosti (Melnick a Nevis, 1992; 1998). Lidé nejen že dokáží trauma přežít, dokáží také zažít růst jako výsledek vypořádání se s životním zápasem (Calhoun a Tedeschi, 2006; Gilbert, 2006). Posttraumatický rozvoj zahrnuje pozitivní rozměr změn, ocenění života, posun v prioritách,

prohloubení duchovního života a pěstování pozitivního přístupu a pozitivních emocí (Hobfoll et al., 2007; Grubaugh a Resick, 2007). Neustálá přeměna se objevuje jak během traumatu, tak v období vyrovnávání se s ním. Jedná se o proces a ne jen o výsledek (Linley a Joseph, 2002).

Jako terapeuti musíme věřit ve své klienty a v jejich kapacitu překonat trauma a nepřízeň osudu. Přesto je důležité, abychom zůstali realističtí a čestní, jednali uvnitř rámce profesionálního terapeutického vztahu a rozpoznali, že pro některé z těžce traumatizovaných klientů je cenný i omezený zisk z terapie. Jinak podléháme velkému riziku vyhoření a únavy ze soucitu.

Naše zkušenost s klienty zasaženými válkou nám pomohla odhalit obrovský lidský potenciál pro odolnost a kreativní přizpůsobení se neštěstí. Můžeme se naučit mnohé od lidí, kteří zvládli přežít těžké trauma, posunuli se dále a znovu si vybudovali své životy: „*Tím, že jsem si prošla hlubokými ztrátami, jsem se naučila přijmout dar života*“, „*Mám problémy se zajištěním běžných životních potřeb, ale cítím se ve svém životě více přítomná než dříve*“, „*Oceňuji každodenní život se svou rodinou, malé věci, smích nebo pláč mých vnoučat, čerstvý vzduch nebo východ slunce*“, „*Stále věřím, že v lidské nátuře převažuje dobro, nemám žádné nepřátele a jsem smířená se svým Bohem*“. Odolnost a posttraumatický rozvoj těchto lidí lze spatřovat v dosažení nového duchovního rozměru a ve schopnosti předávat moudrost druhým. Posttraumatický rozvoj pokračuje také v terapii a je výsledkem vzájemné hluboké interakce mezi klientem a terapeutem.

7. Případové studie

Případová studie 1. Klient byl šedesátiletý muž, který zažil zajetí během války. Během osmiměsíčního věznění byl tělesně i psychicky týrán. Při diagnostickém sezení popisoval intenzivní posttraumatické příznaky: měl potíže usnout a v noci se probouzel, trpěl vtíravými znepokojujícími představami, často se cítil vyčerpaný, napjatý a velmi snadno se lekal. Na terapii docházel pravidelně a mluvil nejčastěji o nedostatku mezilidských kontaktů a radosti ve svém životě. Ztratil zájem potkávat se s lidmi a neměl chuť pracovat, což v něm vyvolávalo pocity viny a vlastní neschopnosti. Současně to v něm posilovalo jeho vnitřní neklid. Cítil, že není schopen být blízko ke své rodině a stýkal se pouze s dalšími spoluvězni, protože věřil, že pouze oni mu mohou skutečně rozumět. Zdálo se, že je zaujatý výhradně utrpením v přítomnosti, zatímco trauma zůstávalo mimo dosah naší výměny v terapii. Když jsme o tom mluvili, pochopili jsme, jak se „drží na bezpečné půdě“, neboť si nebyl jistý, zda by mohla terapeutka, jako mladá žena, porozumět děsivým zážitkům z války. Jeho pochopení toho, jak se drží zpátky, aby chránil druhé před svými nejhoršími strachy a děsy, přineslo nový průlom do průběhu terapie. Začal sdílet některé ze svých traumatických vzpomínek z období, kdy byl uvězněn a zcela izolován. Nevěděl nic o své dceři a ženě, které zůstaly samy ve válečné oblasti, a vězňatelé mu vyhrožovali, že je najdou a zabijí. Mezi vězňateli byli jeho předváleční sousedi, kteří znali jak jeho, tak jeho rodinu, což ještě zhoršovalo jeho zkušenost z mučení a strach o rodinu. V dialogu se svým vězňatelem při využití techniky dvou židlí byl schopný konfrontovat se s traumatickou zkušeností a nechat ji odejít. Ukázala se tak nejen jeho schopnost vytrvat a přežít, ale dovolilo mu to vybavit si pozitivní zkušenost z toho, jak mu jiní lidé pomohli přežít. Poté, co ocenil svou snahu chránit druhé izolováním sebe sama, měl dostatek podpory k tomu, aby se více přiblížil k druhým lidem a opět navázal kontakt se svou rodinou, zvláště s dcerou a vnoučaty. Byl také otevřenější emocionální výměně, aniž by měl strach, že poškodí své blízké vším, co v sobě nosí a s čím se musí vypořádat.

Případová studie 2. Mladá třicátnice navštěvovala skupinovou terapii déle než rok. Byla válečný uprchlík a žila s matkou a dvěma bratry ve sběrném táboře. Ve skupině byla vždy velmi vážná, zdrženlivá a málokdy se zapojovala do spontánního hovoru. Ve druhém roce terapie začala

skupině natolik důvěřovat, že byla schopná mluvit o sobě. Uvažovala o návratu na vysokou školu, před válkou studovala pedagogickou fakultu. Válka zničila její plány do budoucna, její domov a vztah s chlapcem ze sousedství. Skupina ji empaticky podpořila a ocenila její odvalu a statečnost. Také se jí snažila povzbudit, aby pokračovala ve svém životě. Po tomto zážitku nechodila na skupinu tak pravidelně, vynechala řadu setkání a vyhýbala se hlubšímu kontaktu. Když jí bylo nabídnuto individuální sezení s terapeutem, svěřila se, že se jí vrátily silné emoce a rušivé sny a že vede vnitřní boj mezi pocity studu a touhou odhalit své nejniternější zkušenosti na skupině. Chtěla se svěřit s tím, že byla za války sexuálně zneužitá, ale bála se, jak budou druzí reagovat. Její sebeobraz se rozdělil na dvě části. První část byla silná a statečná, schopná vypořádat se se všemi nesnázemi, které přinášela válka. Druhá část byla nechráněná a bezmocná, neschopná vzdorovat a ubránit se sexuálnímu násilí. Pracovaly jsme na její traumatické zkušenosti v individuálních sezeních po dobu šesti měsíců. Nejčastějšími tématy byly pocity viny, bezmocnosti a studu. Přinášela stále dokola roztříštěné vzpomínky, cítila se zamrzlá, jako kdyby se trauma odehrávalo v přítomném okamžiku. Vrátily jsme se zpátky, abychom viděly, jak jí desenzitizace a disociace pomohly v okamžiku traumatu. Vybavila si vzpomínky na to, jak se dívala na sebe shora, nic necítila, jakoby sledovala film. Terapeutka jí doprovázela, podporovala její houževnatost, ale také její váhání, a připomínala jí, že přítomný okamžik a oční kontakt mohou být bezpečnými místy „tady a teď“, ke kterým se může vztahovat. Bylo důležité poskytnout jí prostor pro zpracovávání traumatu při udržení hranic a respektu k její autonomii. Bylo jí opakovaně připomínáno, že má možnost volby, kdy práci zastaví, což jí umožnilo znovuvybudovat pocit kontroly nad vlastní zkušeností. Přesto byla po dlouhou dobu zahlcena pocity bezmoci. Bodem zlomu byl pro ni moment, kdy si byla schopná vybavit některé sebeochranné snahy a pohyby, které dělala během traumatické události a bezprostředně po ní, a vnímat to jako důkaz vlastní odolnosti a síly i v těch nejhorších momentech. Znovu získala vnitřní oporu a důvěru v sebe sama. Čím dál tím častěji byla schopná tolerovat některé emoce a tělesné pocity spojené s traumatickou událostí. Její důvěra ve vztahy byla posílena a bylo pro ni snazší dostat se do kontaktu a sdílet emoce, byla schopná říci si o podporu a přijmout ji. Od té doby, co se jí přihodila traumatická událost, byla na ni vždy sama, nyní se cítila být přijímaná, pochopená a posilněná. Byla připravená vrátit se do skupiny. Od svého návratu udělala ve skupinovém kontextu obrovské množství práce na zpracovávání svých emocí a na rekonstrukci sebeúcty. Stále je před ní dlouhá cesta. Jejím cílem je být plně v kontaktu s druhými, důvěřovat lidem a zažít intimitu.

Komentář

Willi Butollo

Pojednání Ivany Vidakovicové nabízí citlivý výběr technik, vztahových nástrojů a principů vycházejících z bohatých zdrojů Gestalt terapie. Umožňuje čtenářům důkladně se zorientovat v problematice, přičemž nezáleží na tom, zda čtenář vychází z humanistického či jiného terapeutického pozadí. Nabízí způsob, jak s úctou a v úzkém kontaktu pracovat s těžce traumatizovanými klienty za využití Gestalt terapie, jakožto dobrého teoretického základu pro terapeutická rozhodnutí.

Nicméně nejednoho čtenáře možná při čtení tohoto textu napadne otázka, proč má tak bohatý terapeutický přístup tak málo pozornosti na poli současné terapie traumatu? Jak je možné, že více specifickým technikám, jako expoziční terapie, kognitivní terapie traumatu nebo dokonce něco tak podivného jako EMDR, je věnováno tolik pozornosti? Zvláště, když hlavním terapeutickým cílem těchto technik je více nebo méně významný, krátce nebo dlouze trvající pokles fyziologického

nabuzení, které doprovází klientův kontakt se vzpomínkami nebo situacemi připomínajícími trauma.

Je zřejmé, že bohatost Gestalt přístupu k traumatizovaným klientům předčí jiné přístupy k terapii traumatu. Jak je tedy možné, že se mu nedostává širšího veřejného uznání?

Na tyto otázky lze nalézt řadu odpovědí, jednou z nich může být fakt, že široké a bohaté zdroje Gestalt terapie velmi ztěžují identifikaci samotných terapeutických intervencí.

Někteří kolegové by například nazvali svou práci Gestalt terapií, ale když se podrobně podíváte na to, co ve skutečnosti dělají během svých sezení, zjistíte, že s ní mají jen málo společného.

Jinou odpověď můžeme nalézt v prvních dvou částech textu Vidakovicové, kde nám podává krátký popis toho, jak se posttraumatické stresové poruchy definují s využitím měření příznaků traumatu podle kritérií DSM-IV. Toto je metodologický postup, který většina Gestalt terapeutů zavrhuje kvůli jeho „statickému“, „na objekt orientovanému“ a „škatulkujícímu“ přístupu, přičemž zůstávají pohodlně usazení v křeslech ve svých terapeutických místnostech a stěžují si na omezující výzkumné metodologie, společně s necitlivým veřejným míněním, které přehlíží nejlepší terapii na světě (tu jejich) tím, že ji vyhazuje ze systému zdravotnictví a z akademického prostředí. V dalším textu pak Vidakovicová volá po procesuální a vztahové diagnostice, které jsou podle jejího názoru nezbytně nutné při diagnostice traumatu. Tvrdí, že při vyšetřování klinických aspektů posttraumatické adaptace je zapotřebí interakční přístup. Ve skutečnosti voláme po tomto přístupu již od vzniku Gestalt terapie a humanistické psychologie. Můžeme si dokonce vybavit některé rané texty z kolébky humanistické psychologie nebo můžeme jít ještě dále ke knihám Charlotte Bühlerové (1933, vycházející z její práce na Vídeňské univerzitě), Abrahama Maslowa, Carla Rogerse a dalších. Někteří z těchto autorů publikovali dokonce již před druhou světovou válkou. Je tedy zvláštní, že se nikomu od té doby nepodařilo uspět v pokusech nastolit systém procesuální diagnostiky a zároveň se potkat s výzkumnými kritérii. Není tedy překvapením, že se to nepovedlo ani Vidakovicové. Přinejmenším v tomto textu nám nepředkládá ani nahlédnutí do problému interakční diagnostiky a toho, jak tento přístup skloubit s vědeckými standardy mimo humanistickou subkulturu.

Je teď na mě žádat Gestalt komunitu, aby zmírnila svou nelibost vůči mainstreamu a prolomila diagnostické tabu v humanistické psychoterapii? Do určité míry jsme tak již na Mnichovské univerzitě učinili tím, že jsme provedli skutečně silnou RCT studii, ve které jsme srovnávali Gestalt terapii traumatu s terapií založenou na kognitivním zpracování traumatu (130 klientů s diagnózou PTSD náhodně rozdělených do dvou skupin, viz Butollo, 2010; Butollo et al., v přípravě). Výsledky jsou z pohledu Gestalt terapie velmi příznivé.

Ve třetí části svého textu Vidakovicová srovnává posttraumatické procesy s Gestalt pojetím narušeného procesu kontaktování a domnívá se, že lze v terapii traumatu účinně využít koncept „nedokončené záležitosti“. Dále odkazuje mimo jiné na slibné myšlenky kolem „obtíží s demobilizací“ (Melnick a Nevis, 1997), založené na narušení vztahu mezi figurou a pozadím, které souvisejí s traumatem. „Neschopnost opustit figuru“ se stává problémem při prozkoumávání a případné změně nefunkčních pokusů o kontakt. Z naší vlastní zkušenosti s traumatizovanými jedinci jsme zjistili, že tento koncept může být velmi prospěšný v terapii a současně je možné se na něj soustředit v případě, že bychom chtěli empiricky zkoumat účinnost Gestalt terapie.

Ve čtvrté části vybírá autorka po krátkém popisu expoziční terapie a terapie zaměřené na kognitivní zpracování traumatu několik příkladů základních prvků Gestalt terapie traumatu. Mezi důležité cíle terapie jistě patří obnovení seberegulace, kontaktních hranic, kontextového uvědomění a kontaktních funkcí. Bezpochyby jsou také dalšími nezbytnými kroky terapie přiblížení se k traumatu, či práce s vyhýbáním a obtěžujícími myšlenkami podobné metodám zpracováváním v expozičním typu behaviorální terapie. Ale jak tyto metody zapadají do rámce Gestalt terapeutického pojetí změny?

Ke konci terapie se dostává do popředí obnovení sociálních dovedností a podpůrných systémů, jako například začlenění do sociálních vztahů, integrace traumatu a stažení se z něj. Podpůrné

sociální dovednosti jsou zvláště důležité. Prakticky všechny studie zabývající se sociální podporou ukazují, že pro lidi zasažené těžkými a dlouho trvajícími traumatizujícími událostmi je „vnímaná sociální podpora“ zdaleka nejsilnějším protektivním faktorem chronické PTSD (pro přehled relevantní literatury viz Butollo a Asisa, 2012).

Vidakovicová předkládá velmi užitečný přehled možných intervenčních strategií a technik, přičemž si uvědomuje, že toto je jen malý výsek metod, které mohou být prospěšné. Seznam léčebných přístupů, které můžeme do terapie zahrnout, by byl velmi dlouhý, ale cílem Vidakovicové zajisté nebylo poskytnout vyčerpávající přehled. Nicméně je třeba zmínit důležitost terapeutického vztahu, jakožto ryziho zpřítomnění kontaktních procesů – „život“ odehrávající se mezi klientem a terapeutem. V této interakci se vynoří řada jevů, které jsou specifické pro posttraumatické kontaktní procesy, přičemž mohou být jednoduše přeneseny do popředí. Interakce mezi klientem a terapeutem bývá ale velmi křehká a často hrozí rozličná narušení terapeutického vztahu. Ukazuje se, že základním úkolem terapeuta v terapii traumatu je dobré časové rozvržení jednotlivých intervencí. Intervence, které mohou být rušivé v počátečních stádiích terapie, mohou být dobře načasované v pozdějších fázích, přičemž to samé platí i naopak.