

## TRAUMA NA OBOU STRANÁCH DIALOGU

### Trauma on both sides of the dialogue

**Michal Černík**

*Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje, Karlovy Vary, CZ; michal.cernik@hzs-kvk.cz*

*Psychoterapie. 14 (2), 97–110; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Jak se pracuje s traumatizovanými klienty psychoterapeutům, kteří jsou sami traumatizováni? Trauma na obou stranách dialogu je pro terapeuta velkou výzvou, při které může hodně ztratit, ale také hodně získat. Gestalt psychoterapie nabízí ucelený a vysoce smysluplný přístup k léčbě traumatizovaných klientů, její vztahový rámec a důraz na dobrý kontakt zároveň umožňují terapeutům zpracovat vlastní traumatické zkušenosti a zažít posttraumatický růst. Nezbytnými podmínkami jsou adekvátní teoretické zakotvení, prohlubování uvědomění, práce na dobrém kontaktu s vlastním prožíváním, přizpůsobení terapeutické práce ztíženým podmínkám a kvalitní péče o sebe. V první řadě si musíme vůbec připustit, že trauma hluboce zasahuje všechny aspekty našeho života, včetně práce s klienty.

*Klíčová slova:* Gestalt psychoterapie, trauma, traumatizovaný psychoterapeut, sdílení, sebepéče.

#### ABSTRACT

How can we work with traumatized clients when we are also traumatized? The trauma on both sides of the dialogue is a challenge for the therapist. In this challenge we can lose a lot as well as gain a lot. Gestalt psychotherapy offers a comprehensive

and highly meaningful approach to the treatment of traumatized clients. Its relationship framework and emphasis on good contact allows vulnerable therapists to process their own trauma and experience post-traumatic growth. However, it is necessary to have an adequate theoretical background. This specific situation requires a lot of work on good awareness, good contact with one's own experience, adaptation of therapeutic work to difficult conditions and adequate self-care. First of all, we must admit that trauma deeply affects all aspects of our lives, including work with our clients.

*Key words:* Gestalt psychotherapy, trauma, traumatized psychotherapist, sharing, self-care.

#### 1. ÚVOD

Individuální i celospolečenská neštěstí jsou přirozenou součástí našich životů. Řada psychoterapeutů po celém světě zažila ztrátu blízké osoby, povodně, zemětřesení či teroristický útok. Psychoterapeuti nejsou vůči traumatizujícím zkušenostem imunní a u některých se může rozvinout dlouhodobé a vážné trauma. Traumatizovaní terapeuti se pak musí při své práci vyrovnávat se situacemi, kdy je trauma přítomné na obou stranách dialogu. V době přípravy tohoto článku se v Evropě potýkáme s pandemií

nového typu koronaviru a jsme nejen nuceni pracovat za ztížených podmínek, ale někteří z nás mohou bojovat s vlastním strachem, smutkem, hněvem či komplexní reakcí na ztrátu blízkého člověka.

V odborné psychologické literatuře i v běžné řeči se za posledních dvacet let slovo trauma velmi zpopularizovalo. Většina psychoterapeutických směrů se tomuto tématu věnuje a vznikly i směry úplně nové, které se na léčbu traumat specializují. Traumatizující zkušenost bývá většinou definována jako život ohrožující událost, která přesahuje běžné zdroje zvládnání zátěžových situací. S dobrou podporou většina lidí takové zkušenosti překoná a nepotřebuje odbornou pomoc. Někdy ale podpora chybí nebo nestačí a může se rozvinout trauma, které prostupuje všechny úrovně fungování zasaženého jedince. Pro obšírnější definici traumatu a pochopení procesu traumatizace doporučuji nahlédnout do velice inspirativní knihy Miriam Taylor (2014) s názvem *Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, Gestalt and the Body*.

Když se podíváme podrobněji do odborných zdrojů, nenajdeme mnoho informací o traumatizovaných terapeutech, a téměř úplně chybí doporučení, jak mají tito terapeuti pracovat s klienty, kteří přicházejí s podobnou, nebo dokonce totožnou traumatizující zkušeností. Pojem traumatizovaný terapeut nevztahují pouze na terapeuty s příznaky posttraumatické stresové poruchy. Používám toto označení širěji, když se zamýšlím nad prožíváním a prací psychoterapeutů, kteří zažili traumatizující situace různého druhu. Věřím, že informace obsažené v článku mohou být prospěšné nejen terapeutům s plně rozvinutým traumatem, ale také těm, kteří po prožitém neštěstí

tvrdě pracují na tom, aby se u nich trauma nerozvinulo. V obou případech má totiž prožitá zkušenost velký vliv na naši práci.

Terapii traumat se dlouhodobě věnuji ve své práci psychologa Hasičského záchranného sboru, ale otázkou, jak má traumatizovaný terapeut pracovat s traumatizovanými klienty, jsem se začal zabývat, až když jsem si prošel vlastním traumatem. Nečekané úmrtí čerstvě narozeného syna mne zastihlo na konci psychoterapeutického výcviku a v období, kdy jsem se cítil ve své práci spokojený a dostatečně podpořený. I s delším odstupem jsem si uvědomoval, jak moje schopnost vykonávat pomáhající profesi poklesla a jak jsem citlivější k tématům, která mi připomínala mou vlastní traumatizující zkušenost. Nedávno jsem poskytoval krizovou intervenci rodičům, kterým zemřelo dítě v kojeneckém věku, a i po osmi letech od úmrtí syna pro mne bylo velmi náročné poskytnout těmto lidem podporu a zpracovat vlastní emoční reakci.

Na následujících stránkách se pokusím skloubit Gestalt terapeutické koncepty práce s traumaty, osobní zkušenosti a návrhy, jak v terapii řešit problémy vzniklé setkáním traumatizovaného terapeuta s traumatizovaným klientem.

## 2. TRAUMATIZOVANÝ TERAPEUT

Situace, kterou označuji jako trauma na obou stranách dialogu, může mít několik podob. Jde o setkání traumatizovaného terapeuta s traumatizovaným klientem, jejichž konkrétní zkušenosti mohou, ale nemusí souviset. Jejich vzájemný vztah lze klasifikovat takto:

1. Terapeut je traumatizovaný klientovým příběhem.
2. Terapeut byl v minulosti vystaven jiné události než jeho klient, určité aspekty obou traumat se mohou, ale nemusí podobat.
3. Terapeut i klient jsou vystaveni stejné traumatizující události.

V prvním případě se jedná o určitou „nakažlivost“ traumatu, pro kterou se v anglicky psané literatuře vžil pojem *vicarious traumatization*. Tento druh traumatizace bývá důsledkem empatického zapojení a lze jej také považovat za zvláštní formu protipřenosu. Psychoterapeut pak prožívá stejné příznaky jako jeho klient, ale na subklinické úrovni (Pearlman a Saakvitne, 1995). Pracujeme-li s traumatizovanými klienty, měli bychom si uvědomit, že tomuto protipřenosu traumatu se nelze vyhnout. Platí to zejména u psychoterapeutů, kteří se posttraumatické péči věnují dlouhodobě. Práce s traumatem mění naši životní perspektivu, hodnoty a v neposlední řadě i naše vztahování se k lidem.

V druhém případě má psychoterapeut vlastní traumatizující zkušenost, po které následuje osobně i pracovní velmi náročné období. Navíc se může stát, že se při práci s klientem dostane do bodu, kdy klient popisuje situaci podobnou tomu, co terapeut sám zažil. Pracoval jsem například s klientkou, která přinesla do terapie téma úmrtí dcery. Ukázalo se, že její dcera zemřela přibližně ve stejném věku a z podobných příčin jako můj syn. Taková situace může vyvolat zvýšenou citlivost k traumatizaci klientovým tématem a otvírat vlastní nezahojené rány, nebo může být příležitostí k hlubší práci a k posunu v terapii.

Třetí případ je hodně specifický, neboť psychoterapeut a klient jsou vystaveni stejné traumatizující události. Jedná se zejména o živelné katastrofy, teroristické útoky nebo vypořádávání se s dopady pandemie.

Všechny tyto situace spojuje fakt, že terapeut zažívá „těžké chvíle“ a musí se umět o sebe postarat jak v průběhu práce s klientem tak dlouhodobě. Zároveň přirozeně vyvstává celá řada otázek. Co v takové situaci můžeme udělat pro naše klienty, aby měli z terapie prospěch? Probíhá taková terapie jinak, nebo děláme to, co vždy? Máme svá traumata s klienty sdílet? A jestli ano, jakým způsobem? Jak přesně se o sebe můžeme starat? Možnostem práce za těchto komplikovaných podmínek se budeme věnovat v následujícím textu, jehož kostrou je Gestalt psychoterapeutická práce s traumaty. Od ní pak odvozují návrhy pro traumatizované terapeuty.

### 3. RÁMEC GESTALT PSYCHOTERAPEUTICKÉ PRÁCE S TRAUMATY

Traumatizující události jsou normální zkušenosti patřící k životu, a proto většina lidí nepotřebuje odbornou pomoc (Baštecká, 2005). Je dobré věřit v přirozené zdroje, protože neštěstí se dělá od nepaměti a lidstvo si vytvořilo řadu strategií k jejich zvládnutí.

Nestačí-li přirozené zdroje, hledá traumatizovaný člověk odbornou pomoc. U různých psychoterapeutů se může setkat s různým filozofickým pohledem na svět, odlišnou psychologickou teorií či jinými metodami práce. Většina Gestalt psychoterapeutů pracujících s traumatizovanými klienty integruje do své práce řadu nejnovějších poznatků a přístupů, zejména objevy v oblasti výzkumu traumata a neurověd. Dále bývají

integrovány postupy psychoterapeutických směrů pracujících s tělem a v neposlední řadě některé techniky přímo zaměřené na oslovení traumatizujících zkušeností (Taylor, 2014). Aby takový integrativní přístup zůstal Gestalt psychoterapií, musí bezpodmínečně stát na třech pilířích Gestalt psychoterapie, jak je definoval Robert Resnick (1995): teorie pole, fenomenologická metoda a existenciální dialog.

Klientovu reakci na trauma považují Gestalt psychoterapeuti za vysoce individuální kreativní přizpůsobení za velmi těžkých podmínek (Taylor, 2014). Přizpůsobení, které ovšem přináší další problémy. Při své práci kladou velký důraz na kontakt a vztah, protože věří, že podporou spontaneity a autenticity v kontaktu umožňují reorganizaci pole, tedy klientova života a světa okolo něj. Pomocí experimentů a dobrého zakotvení v terapeutickém vztahu nabízejí klientovi možnost porozumět jeho jedinečnému kreativnímu přizpůsobení. Terapeut je aktivním činitelem, neboť funguje jako model, který má dostatek zdrojů ke zvládnutí vlastních emocí, udržuje dobrý kontakt s tělem, je schopný sebereflexe, je zvědavý a umí předvést jasné hranice.

Klinická zkušenost ukazuje, že Gestalt psychoterapeutická práce má velký potenciál pro integraci traumatizující zkušenosti (Taylor, 2014), což potvrzují i neurovědní výzkumy. Například Cozolino (2002) shrnuje, že Gestalt je výjimečně vhodný k integraci na neuronální úrovni. Podle něj podporuje proces integrace, neboť se zaměřuje na uvědomování automatických, neverbálních a neuvědomovaných procesů organizovaných v pravé hemisféře a v subkortikálních neuronálních sítích a věnuje se systematickému zvyšování uvědomění všech aspektů Self.



**Michal  
Černík**

**PhDr., Ph.D. Vystudoval psychologii na FF MU v Brně. Během doktorského studia pracoval na Psychiatrické klinice LF MU a FN Brno. Žije v Karlových Varech, kde pracuje jako psycholog u Hasičského záchranného sboru ČR. Věnuje se psychoterapii, poradenství, krizové intervenci a lektorování. Výcvik v Gestalt psychoterapii absolvoval u institutu Dialog, kde získal certifikát Gestalt psychoterapeuta a kde nyní působí jako trenér-asistent.**

### **3.1 Zakotvení v těle**

Ať už je příčina traumatu jakákoliv, je třeba mít na paměti, že trauma je „biologické“. Je to reakce organismu na ohrožení života, a to buď našeho, nebo našich blízkých. Po vystavení traumatizující situaci přepínáme na modus přežití, čímž se biologicky mění způsob našeho fungování (Bauer a Toman, 2003). Trauma je tedy hluboce zakotveno v těle a je také intenzivně tělesně prožíváno. Klient si potřebuje vybudovat pocit, že tělo je bezpečné místo a funkční kontejner emocí (Kepner, 1995). Proto je nezbytné při práci s traumatem věnovat velkou pozornost nejen tělesnému procesu klienta, ale i vlastnímu tělu, zejména když je pro nás probírané téma něčím náročné, nebo když jsme dokonce sami traumatizováni.

Dobré zakotvení v těle je zásadní nejen pro zachování vlastního zdraví v kontaktu s problémy našich klientů, je také nezbytné pro inkluzi, která je jedním ze základních stavebních kamenů psychotherapeutické práce a která se liší od běžně známé empatie. Podle Garyho Yontefa (2009) při použití inkluze rozumím zkušenosti klienta a zároveň zůstávám v kontaktu se svou vlastní zkušeností. Při práci s klientem bych měl mít stále přístup k vlastním zdrojům. Dobře používaná inkluze je podmínkou podpořeného a silného vztahu.

Vybudovat dobré zakotvení v těle ovšem trvá roky (Kepner, 2008). Z vlastní zkušenosti vím, že prožité trauma tuto dovednost výrazně zhoršuje, už čistě proto, že je tělesné prožívání po traumatu nepříjemné nebo v krajním případě nesnesitelné. Je však třeba pracovat na dobrém kontaktu s tělem, abychom mohli postupně k tomu samému vést naše klienty.

### 3.2 *Tady a teď*

Důležitým aspektem při práci s traumaty je téma času. Traumatizovaný člověk uvízne v minulosti (Stolorow, 2007). V jeho současnosti je tak trauma stále přítomné. Nejdramatičtějším příkladem mohou být takzvané flashbacks, při kterých nějaký podnět připomínající původní událost spustí prožitek totožný s tím, co daný jedinec prožíval v okamžiku traumatizace. V terapii se klient pomocí práce „tady a teď“ učí odlišovat minulost od přítomnosti, tedy vzpomínky od aktuální zkušenosti (Kepner, 1995). Terapeut tak funguje jako zakotvení v přítomnosti a umožňuje klientovi nerozplynout se v zaplavující hrůze minulosti. Nezbytné je opatrné a nehodnotící zaměření pozornosti k pocitům, myšlenkám a tělesným prožitkům, jak

se postupně vynořují v přítomném okamžiku (Sapriel, 2012).

Zní to jednoduše, ale v praxi to často tak jednoduché není. Pro většinu traumatizovaných klientů je totiž prožitek „tady a teď“ nesnesitelný (Bauer a Toman, 2003). Je tedy důležité nepracovat přímo s traumatem, dokud nemá klient dostatek podpory. Měli bychom umět rozpoznat signály, kdy je klient takzvaně plný. V takovou chvíli je třeba stáhnout se zpět do místa, kde se klient cítí bezpečně. Tím podporujeme schopnost regulace. Klient se učí sám přicházet na to, kdy má dost, a zároveň nacházet podporu k tomu, aby zůstal s tím, co je (Taylor, 2014).

Naše prožívání se běžně pohybuje v pásmu tolerance, kdy prožíváme emoce přiměřené situaci, jsme schopni využít zpětnou vazbu, jsme orientovaní na přítomnost, býváme klidní, zakotvení a přítomní v těle (Siegel, 1999). Trauma samotné, ale i pouhé mluvení o něm, nás může rozkolísat a z pásma tolerance se přesuneme buď do pásma hyperarousalu nebo do pásma hypoarousalu.

Při hyperarousalu prožíváme silnou úzkost, máme vtíravé myšlenky, nejsme schopní přemýšlet, můžeme dokonce zažívat paniku, agitovanost či impulzivitu. Velmi výrazné jsou tělesné projevy, jako například zrychlené dýchání, bušení srdce, pocení nebo třes. Opakem tohoto nabuzení je prožívání hypoarousalu, kdy se cítíme odpojení, dezorientovaní, neprožíváme žádné emoce, jsme desenzitizovaní, otupělí a máme nedostatek energie. Při práci s laickou populací někdy používáme označení hlučná a tichá reakce.

Miriam Taylor (2014) shrnuje, že při práci v pásmu tolerance je cílem exploraace. Za-

měřujeme se na proces, vyostřujeme figuru, provázíme, jsme zvědaví, experimentujeme a používáme fenomenologickou metodu. Cílem práce s klientem v hyperarousalu je navození bezpečí. Je třeba zpomalit, věnovat pozornost tělesným vjemům, pracovat s klidným a hlubším hlasem či s jednoduchým záměrným rytmickým pohybem. Pracujeme-li s klientem, který je v hypoarousalu, bude naším cílem zpřítomnění. Důležité je uvědomit si, že se nejedná o opak práce s hyperarousalem – snaha klienta nabudit by pravděpodobně vedla k dramatické reakci. Jde o to postupně obnovit dostupnou energii a navázat kontakt s prostředím. Můžeme se zaměřit na předměty kolem, pomoci klientovi uzemnit se skrze chodidla, protáhnout páteř, nebojme se postavit s klientem a pracovat s malým a klidným pohybem.

Psychoterapeuti, kteří mají vlastní zkušenost s traumatem, by měli a) rozšiřovat aktivně svoje pásmo tolerance, b) budovat si schopnost udržet se v něm a c) osvojit si techniky, které pomáhají dostat se z hyperarousalu nebo hypoarousalu. Jestliže pracuji s klientem a dostanu se do bodu, kdy je pro mě moje vlastní prožívání nesnesitelné, mohu sklouzávat k automatickým reakcím, jejichž smyslem je ochrana před zraněním. Takové reakce bývají často neuvědomované a jsou v rozporu s tím, o co se v terapii snažíme. Mohou například velmi stěžovat dobrý kontakt s klientem.

Jestliže umím rozpoznat, kdy mám dost, a jsem schopný se o sebe vědomě postarat, pomáhá to nejen mé vlastní ochraně, ale může to také klientovi sloužit jako vzor dobré seberegulace (Taylor, 2014). V tu chvíli se ze zdánlivé slabiny stává užitečný pracovní nástroj. Při krizové intervenci u klientky, která právě ztratila čtyřletou dce-

ru při autonehodě, jsem si v jednu chvíli uvědomil, že jsem hodně stažený a mlčím. To, co mohlo vypadat jako respekt ke klientčině pláči, byla spíše moje automatická ochrana před zaplavujícími pocity. Teprve když jsem si to uvědomil a navázal jsem kontakt s klientkou pomocí sdílení, mohl jsem se více zpřítomnit. Vyžadovalo to ode mne ale větší péči o sebe a vědomé odlišení mojí vlastní zkušenosti od toho, co prožívala klientka.

### 3.3 Zóny uvědomování

Dalším konceptem, který mohou Gestalt psychoterapeuti při své práci s traumatizovanými klienty využívat, jsou zóny uvědomování. Ve vnější zóně si uvědomujeme aspekty současného pole, tedy toho, co se děje okolo nás. Střední zóna představuje naše myšlenky, fantazie, mentální reprezentace a sny, zatímco vnitřní zóna obsahuje naše vjemy, pocity, fyziologické reakce, pohyby a impulzy. Tyto zóny také zjednodušeně popisují, s čím můžeme být aktuálně v kontaktu (Hostrup, 2010). Zkušenosti s traumatizovanými klienty (Taylor, 2014) ukazují, že věnují hodně pozornosti vnitřní zóně a jsou zvýšeně citliví k signálům ohrožení. Jejich střední zóna je zaplněná ruminacemi, neodbytnými vzpomínkami a usuzováním pod vlivem traumatické zkušenosti. Současně mají problémy s obracením se k vnější zóně, tedy k tomu, co je teď okolo nich. Právě proto je pro ně tak důležité, aby se v terapii učili obracet se k vnější zóně a diferencovat minulou zkušenost od prožívání tady a teď.

Tento teoretický koncept dobře slouží k popisu problémů, které zažívají traumatizovaní psychoterapeuti při své práci. Přichází-li klient k terapeutovi s tématem,

kteří je pro terapeuta emocionálně náročné, může se to projevit ve všech třech zónách následujícím způsobem: 1. Vnitřní zóna – jsme zaplaveni vlastními pocity, zvýšeně se hýbeme nebo naopak zamrzeme, disociujeme a ztrácíme kontakt s vlastním tělem, 2. Střední zóna – vracíme se v myšlenkách k vlastnímu traumatu a usuzujeme pod vlivem vlastní zkušenosti, přestáváme pracovat fenomenologicky, 3. Vnější zóna – vyhýbáme se práci tady a teď, abychom se vyhnuli přetížení a nepříjemným pocitům.

Takovou situaci jsem zažil například při práci s rodiči, kterým zemřel tříměsíční syn. Při rozhovoru s nimi na místě události jsem se cítil umrtvený a odpojený od svého těla (vnitřní zóna), myšlenky se mi vracely k mé vlastní zkušenosti s úmrtím dítěte (střední zóna) a zpočátku jsem nebyl schopný poskytnout těmto rodičům potřebnou podporu, protože jsem se vyhýbal dialogické práci tady a teď (vnější zóna), abych neprožíval nepříjemné pocity. Rozdělení mého vlastního prožívání do třech zón mi umožnilo lépe porozumět tomu, co se se mnou děje. Cesta ke znovunalezení ztracené sebedopory tedy vedla přes uvědomění, zakotvení, přesun pozornosti zpět ke klientům a používání fenomenologické metody a dialogického způsobu práce.

### **3.4 Formování a destrukce figury**

Ponoříme-li se hlouběji do Gestalt psychoterapeutické teorie, můžeme se zamyslet nad tím, jak trauma ovlivňuje formování a destrukci figury, tedy způsob, jakým se nějaká konkrétní potřeba vynořuje, v několika fázích uspokojuje a zase přirozeně mizí. Bauer a Toman (2003) ukazují, jak naše přirozená fyziologická reakce na ohrožení způsobí přeskočení úvodních fází celého

procesu a zapříčiní časté problémy s formováním potřeb či s identifikací reálného nebezpečí. Melnick a Nevis (1997) usuzují, že posttraumatická stresová porucha (PTSD) by mohla být charakterizována neschopností ukončit cyklus prožitého traumatu narušením v posledních fázích cyklu, zejména během asimilace. Výsledkem je neustálé vracení se traumatických prožitků bez závěrečné asimilace a stažení se.

Ve shodě s tímto pojetím popisuje Cohen (2003) PTSD jako klasický příklad nedokončené záležitosti, tedy stále přítomného a nedořešeného minulého zážitku. Symptomy PTSD podle něj demonstrují snahu asimilovat zkušenost, která není asimilovatelná. Lze je považovat za projev přirozené potřeby dokončit nedokončené aspekty traumatu. Z tohoto úhlu pohledu můžeme tedy PTSD vnímat jako kreativní přizpůsobení, které sice samo o sobě komplikuje život, ale v danou chvíli je také pokusem o překonání traumatu.

Traumatizovaní klienti mají běžně značné problémy s formováním figury, což vede ke snížené kapacitě odlišit jednotlivé potřeby a dosáhnout jejich uspokojení (Taylor, 2014). U takových klientů můžeme vysledovat dva dominantní styly:

1. Klienti přicházejí s velkým množstvím rychle se měnících figur – žádná nemá dostatek podpory, ale všechny jsou intenzivní a představují velkou zátěž pro klienta i pro terapeuta, jednotlivé figury jsou od sebe těžko odlišitelné a pro terapeuta je velmi náročné se v nich vůbec zorientovat.
2. Formování figury je vágní a někdy téměř nepřítomné – tito klienti vypadají, že neví, na čem chtějí pracovat, jejich potřeby či zájmy jsou neodlišitelné od požadí.

Problémy s formováním figury se samo-

zřejmě promítají i do práce traumatizovaných terapeutů. Jedni mají tendenci těkat mezi tématy, chytat se všeho, co se vynořuje, a neodlišovat důležité od nedůležitého. Druzí nejsou schopni s ničím přijít či sledovat svůj zájem, sezení pak bývají vágní, bezúčelná a „nudná“. Když má potíže s formováním figury klient, je terapeutovým úkolem pomoci klientovi v bezpečném prostředí nějakou figuru lépe vyostřit. V případě, že má problémy s formováním figury terapeut, snižuje se výrazně účinnost terapie. Problémy s vyostřováním figury navíc výrazně snižují schopnost uvědomování, a tedy možnost něco s daným problémem udělat.

### 3.5 Paradoxní teorie změny

Většinu lidí, kteří vyhledají psychoterapii, jde o nějakou změnu v životě. Gestalt psychoterapeutický pohled na proces změny je hluboce ovlivněn prací Arnolda R. Baissera, který na základě své vlastní traumatizující zkušenosti a dlouholeté práce v oblasti psychiatrie formuloval takzvanou paradoxní teorii změny. V knize *Flying without wings: Personal Reflections on Loss, Disability and Healing* (1990) ukazuje na své zkušenosti s ochrnutím, jak nefunkční je snaha změnit něco, co změnit nelze. Teprve přijetím reality a nabytím schopnosti být naplno sám sebou dochází k vnitřní změně, jejímž výsledkem je plnohodnotný život za stávajících podmínek.

Sám Baisser (1990) upozorňuje, že nezbytnou součástí přijetí zdánlivě nepřijatelného je truchlení nad tím, co jsme ztratili. Dále rozděluje proces přijetí do šesti fází, které probíhají simultánně s fázemi truchlení: 1. odmítnutí možností, které jsou pro nás neznámé, 2. hledání něčeho nového,

3. neochotné přijetí něčeho nového, 4. chování se, jako bych nové již přijal, 5. objevení alespoň nějakého uspokojení v nové situaci a 6. přijetí nového s pokorou a důstojností.

Baisser (1990) pochybuje o efektivitě terapeutických přístupů nutících klienty, aby přijali samotnou traumatizující ztrátu, kterou přijmout nelze. Můžeme ale postupně dosáhnout přijetí nového života a reality, kterou nám v přítomnosti přináší. Jednoduše řečeno přesuneme pozornost od toho, co jsme ztratili, k tomu, co máme. Tento přístup mne velmi oslovil, neboť jsem z vlastní zkušenosti intuitivně cítil, že není možné přijmout ztrátu dítěte. Postupně jsem se naučil přijímat svůj nový život a být v něm spokojený. Samozřejmě s plným uvědoměním, že ztráta dítěte nikdy bolet nepřestane.

Při setkání traumatizovaného klienta s traumatizovaným terapeutem se musí zákonitě stát, že oba dva budou v nějaké fázi přijetí svého nového života. S větší pravděpodobností může být terapeut v tomto procesu dále, ale nemusí to být pravidlem. Jsem přesvědčený o tom, že fáze přijetí, ve které se terapeut nachází, výrazně ovlivňuje jeho styl práce a také přístup k traumatům klientů. Sám jsem si vyzkoušel, že čím dále jsem v tomto procesu byl, tím pro mne byla práce s traumatizovanými klienty méně náročná, a také jsem postupně více důvěřoval přirozeným zdrojům svých klientů. Naučil jsem se přistupovat k traumatům s respektem, pokorou a s důvěrou, že lidé mají schopnost vyrovnat se s traumatizujícími zkušenostmi. Těžiště mé práce se posunulo od důrazu na hluboké prozkoumávání traumatu k podpoře klientů v procesu přijímání jejich nového života.



### 3.6 Práce s polaritami

Každý reagujeme na prožití trauma vysoce individuálně, přesto lze vysledovat prožitky, které se často s traumatizací pojí. Autoři zabývající se traumaty se shodují, že mezi nejčastější prožitky patří strach, bezmocnost, stud, disociace, pocity viny, pocity ponížení, potřeba pomsty a pocity samoty či opuštění (Pregrad, 2019). Jednotlivé prožitky lze ve shodě s Gestalt psychoterapeutickou teorií vnímat jako polarity, tedy krajní body kontinua. V rámci terapie se tak snažíme posilnit opačnou polaritu a posléze integrovat oba prožitky, aby byl klient schopen volnějšího pohybu na celém kontinuu (Taylor, 2014). Chorvatská Gestalt terapeutka Jasenka Pregrad (2019), která byla sama traumatizovaná válkou v bývalé Jugoslávii a dlouhodobě pracuje se stejně traumatizovanými klienty, se vyhýbá suše znějícímu termínu polaritu a s trochou nadsázky přirovnává zážitky umožňující hojení k protilátkám.

Při práci se strachem pomáháme klientům rozšířit a přeměřovat pozornost a učíme je dosáhnout pocitu bezpečí dobře zakotveného v těle, například vytvořením bezpečného místa, kam se může klient ve vzpomínkách vracet (Bauer a Toman, 2003). V terapii bezmocnosti se snažíme o návrat pocitu autonomie, tedy sebe sama jako činitele (Kepner, 2008). Při terapii klientů s intenzivním zážitkem disociace pracujeme primárně na obnovení kontaktu se sebou a s prostředím, což vyžaduje dlouhodobý nácvik dovedností být přítomný (Bauer a Toman, 2003). Terapie studu a stigmatizace spojených s traumatem by měla být založena na posílení zdrojů podpory a postupném posunu od studu k akceptaci (Taylor, 2014).

Pocity viny přinášejí iluzi kontroly, kdy cítíme radši vinu, abychom se necítili bezmocní (Ogden et al., 2006). Proto je v terapii dobré oslovovat nejen pocity viny samotné pomocí dokončování nedokončených záležitostí, ale také pracovat na zvládnutí pocitů bezmoci. U pocitů ponížení je hlavním terapeutickým prostředkem zážitek respektu v dobrém vztahu (Hartling a Lindner, 2016). Potřebu pomsty nelze řešit jejím realizováním, neboť tím nezískáme zpět to, co jsme ztratili, a neuleví se nám od pocitů ponížení. Řešením je proces akceptace a truchlení (Pregrad, 2019). Pocity samoty a opuštění bývají často přehlíženým problémem traumatizovaných lidí, přičemž mohou mít rozličné příčiny. Samotu léčí solidarita a zážitek, že někam patřím (Gordon, 2019). Důležitou roli při zpracování traumatických zkušeností také hraje práce s odpouštěním a vděčností, kterým se v naší kultuře věnoval podrobně Jaro Křivohlavý (například 2004 a 2007).

Práce s polaritami může poskytnout velkou podporu traumatizovaným psychoterapeutům, neboť jim umožňuje porozumět vlastním prožitkům i prožitkům jejich klientů a podporuje je k aktivnímu hledání účinných protilátek. Ve svém přirozeném prostředí, ale i při práci s klienty mohou souběžně budovat pocit bezpečí zakotvený v těle a pocit, že jsou ve svém životě aktivními činiteli. Měli by vyhledávat zdroje podpory a zažívat se svými blízkými i v rámci psychoterapeutické komunity respekt a přijetí. Měli by pracovat na dokončování nedokončených záležitostí spojených s traumatem a zvláštní důraz by měli klást na proces akceptace nových životních podmínek a truchlení nad tím, co ztratili.

#### 4. DLOUHODOBÁ PRÁCE S TRAUMATIZOVANÝMI KLIENTY

Komplexní model pro dlouhodobou práci s traumatizovanými klienty vypracoval americký Gestalt psychoterapeut Jim Kepner (1995), jenž se ve své knize *Healing Tasks* zabývá psychoterapií dospělých, kteří v dětství prožili sexuální zneužívání. Jeho pojetí je vývojové a ukazuje, jakými fázemi musí klient projít při cestě za uzdravením. Stanovuje úkoly, které jsou pro každou fázi klíčové. Zároveň ale ukazuje, že tento proces není lineární a že jednotlivé úkoly jsou do určité míry přítomné v každé fázi terapie. Proces uzdravování přirovnává k růstu a dává ho do opozice k běžně používaným modelům lineární léčby.

Jednotlivé fáze charakterizuje Kepner (1995) takto:

*Fáze podpory* probíhá v počátečním období terapie, ale u klientů s těžkými a opakovanými traumaty může trvat velmi dlouho. Tato fáze je zásadní pro další práci s klientem a hlavním úkolem je vybudovat v terapii bezpečné a podpůrné prostředí, které umožní pozdější hlubší práci na asimilaci toho, co se na začátku zdá neasimilovatelné.

*Fáze funkcí Self* se zaměřuje na vytvoření schopnosti integrovat traumatizující zkušenosti. Jednotlivé funkce Self slouží k naší interakci s prostředím a k dobrému kontaktu se sebou. S jejich pomocí si vytváříme pružné hranice a jasný pocit sebe a druhých, což nám zvyšuje flexibilitu v kontaktování se s druhými. Bez posílení funkcí Self vedou abreaktivní metody k retraumatizaci, protože jedinec není schopen tuto zkušenost zpracovat a integrovat.

Ve *fázi kontaktu a truchlení* se terapeut a klient věnují obnovení dobrého vztahu

s prostředím, a to jak pomocí expresivní práce a dialogu, tak pomocí různých akcí v reálném životě klienta. Při práci s klientovou realitou je třeba věnovat dostatek prostoru truchlení nad ztrátami, které klient v životě utrpěl.

Ve *fázi změn v poli a růstu* dochází k přeorganizování klientova prožívání pomocí nových zkušeností. Výsledkem je rozšíření pole, jeho komplexnější organizace a diferenciacce. Klient pak může vést bohatší a uspokojivější život. Stává se „jiným člověkem“, protože se mění jeho interakce s prostředím, vztahy a rodinný život.

Totožným procesem růstu prochází logicky také traumatizovaný psychoterapeut. Nejprve potřebuje obnovit pocit bezpečí, aby mohl prostřednictvím posílených funkcí Self znovu navázat kontakt s prostředím a sebou samým, což vede k dokončení procesu truchlení a výsledným změnám v prožívání a vztazích. Zní to jednoduše, ale je to dlouhý a bolestný proces, v jehož průběhu se snažíme pracovat se svými klienty na podobných tématech. Mnohdy jsme jen o krok napřed. Výcviková sebezkušenost, individuální psychoterapie a pracovní zkušenosti by nám měly pomoci celým procesem projít poctivě a s co nejmenším negativním dopadem jak na nás samotné, tak na naše klienty.

#### 5. SDÍLENÍ

Při práci s traumatizovanými klienty se přirozeně vynořuje otázka, do jaké míry máme naše vlastní zážitky sdílet s klienty, zejména když jsme sami traumatizovaní a klientova situace se něčím podobá té naší. Dialogický princip Gestalt psychoterapie a moje vlastní zkušenost mi říkají, že rozumná míra sdílení pomáhá klientům zpracovat jejich trauma a může pro ně být

modelem seberegulace. Zároveň umožňuje terapeutovi postarat se v danou chvíli o sebe autentickým způsobem a podporuje terapeutické spojenectví. Musí však zůstat terapií.

Domnívám se, že míra sdílení se může lišit. V případě, že jsme traumatizovaní klientovým příběhem nebo jsme zažili zcela odlišnou událost, bude míra našeho sdílení výrazně menší, než když jsme vystaveni stejné traumatizující události jako klient.

Bezprostředně po prožití totožné traumatizující zkušenosti potřebují klienti i terapeuti v zásadě jednoduchou věc: potkat se a mluvit spolu (Fodor, 2001). Iris Fodor, která žije na Manhattanu a byla přímým svědkem útoku na Světové obchodní centrum, mluvila se svými klienty o tom, co se stalo, jak to zvládají, jak se žije v nejistotě a co mohou dělat dál. Sdílení vlastních zážitků podpořilo v klientech pocit, že jim terapeutka rozumí a že na to nejsou sami. Kromě sdílení dostali klienti ujištění, že jejich reakce byla normální a terapeutický vztah jim umožnil převést zážitky do slov. Stejnou událost s podobnými závěry reflektuje také Charles Bowman (2002).

Když je prožívaná katastrofická událost aktuální a je takzvaně v poli, nelze před klientem předstírat, že se nás samotných nijak nedotýká. I když nemusíte být sami traumatizovaní, možná máte vlastní zkušenost, že při práci v období karantény se nelze vyhnout sdílení dopadu pandemie na nás samotné.

Aby sdílení zůstalo terapií, nemělo by klienta více zatěžovat, mělo by být stručné, nemělo by zacházet do zbytečných detailů a nemělo by zabírat čas, který klient potřebuje ke sdílení vlastních prožitků. Měli bychom si také ověřit, jaký je dopad našeho sdílení na prožívání klienta tady a teď.

Při své práci v terénu jsem se setkal s klientkou, které zemřela při dopravní nehodě čtyřletá dcera. Ke klientce mne zavolala ošetřující lékařka v nemocnici, která si nevěděla rady s jejím neutichajícím pláčem. Při čekání na příbuzné se mě klientka zeptala, zda je vůbec možné ztrátu dítěte přežít. Po zvážení všech pro a proti, jsem se rozhodl s klientkou sdílet svou vlastní zkušenost s úmrtím dítěte a následným vyrovnáváním se s touto ztrátou. Najednou jsem pro klientku nebyl cizí mladý psycholog, který nemůže rozumět její ztrátě, ale člověk, který má pro její bolest hluboké pochopení. Zároveň jsem fungoval jako model a určitá forma naděje, že dlouhodobě se dá žít i s takovou nepředstavitelnou ztrátou.

Jaké nároky klade sdílení na nás samotné? Mluvíme-li o svých prožitcích, musíme si umět udržet vlastní hranice. Je třeba použít inkluzi a uvědomovat si odlišnosti zážitku klienta od vlastní zkušenosti (Fodor, 2001). Měli bychom mít také dostatek klinické citlivosti k rozpoznání momentu, kdy naše vlastní sdílení není vhodné.

Ačkoliv jsem obecně zastáncem sdílení a ke svým klientům jsem velmi otevřený, uvědomuji si, že jsem při své praxi několikrát udělal chybu a sdílení mé vlastní zkušenosti nebylo vhodné. Většinou vedlo k narušení klientova procesu a nasměrovalo sezení jinam. Je důležité, abychom se uměli z takových chyb poučit. Věřím, že v dlouhodobé práci s klienty je také prostor na to, abychom z podobných přehmatů vytěžili něco pozitivního.

## 6. VZÁJEMNÉ UZDRAVOVÁNÍ

Na tomto místě bych se chtěl ještě krátce zmínit o velmi důležitém fenoménu, na který se v odborných diskusích často

zapomíná. Při práci traumatizovaných psychoterapeutů s podobně traumatizovanými klienty dochází k oboustranně uzdravujícímu procesu, kdy terapeut provází klienta a sám se učí rozumět vlastnímu procesu.

Miriam Taylor (2014) definuje terapii jako proces vzájemné regulace. Pomáháme podle ní klientům dosáhnout lepší sebe-regulace pomocí zkušenosti ze vzájemné regulace v terapeutickém vztahu. Tento proces má čtyři stádia: 1. Já podporuji sebe, abych 2. podpořil tebe, abys 3. ty podpořil sebe, abys 4. ty podpořil mne. Podle Miriam Taylor (2014) traumatizovaný nebo jinak zranitelný terapeut, který se pouští do terapie traumatizovaných klientů hodně riskuje, ale také hodně získává. Je důležité, aby zisk převyšoval ztráty, čehož lze dosáhnout pouze prací na vlastním uvědomění a důkladnou péčí o sebe.

## 7. PÉČE O SEBE

Na konferenci Gestalt psychoterapie v Taormině v roce 2016 jsem se setkal s novozélandskou Gestalt psychoterapeutkou Nickei Falconer, která mi popisovala své zkušenosti s ničivým zemětřesením v Christchurch v roce 2011. Ačkoliv byla touto událostí sama zasažena a její dům byl těžce poničen, poskytovala podporu svým klientům a dělala řadu krizových intervencí. Popisovala tuto práci jako absolutně vyčerpávající a po roce od události se cítila tak vyhořelá, že si musela vzít půl roku dovolené a úplně odjet ze země. Jak tedy o sebe máme v období prožívané krize pečovat, abychom svou práci zvládli a abychom z ní mohli dokonce něco pro sebe získat?

Iris Fodor (2001) shrnuje, že jí po 11. září hodně pomohla podpora přicházející od přátel a z Gestalt komunity. Důležité pro

ni bylo také sdílení zážitků s bezprostředním okolím. Jako očistu používala psaní, různé druhy relaxací či meditací. Velkým zdrojem radosti a uspokojení pro ni bylo fotografování, zejména když obcházela hasičské stanice v okolí a fotila hasiče vračející se ze zásahů.

Mně osobně po smrti syna nejvíce pomohla podpora, kterou jsme si navzájem dávali se ženou. K tomu musím velmi ocenit podporu, kterou jsem dostal od svých přátel, zejména od lidí z české Gestalt komunity, včetně trenérů z Institutu Dialog. Myslím, že budování dobrých vztahů a využívání zdrojů, které nám tyto vztahy přinášejí, je nezbytnou podmínkou k tomu, abychom velké životní ztráty nejen přežili, ale abychom mohli zažít posttraumatický rozvoj nebo růst (více o tomto fenoménu například v Mareš, 2012). Kromě toho jsem se dlouhodobě snažil věnovat svým koníčkům, což není lehké v období, kdy o všechno ztrácíte zájem a kdy vám veškeré aktivity připadají zbytečné. Soustředil jsem se hodně na bojové umění, kterému se dlouhodobě věnuji, a mnoho času jsem věnoval hře na hudební nástroje. Trochu paradoxně mi pomáhal také černý humor, který není reprodukovatelný, protože jsme mu rozuměli pouze má žena a já.

Abych mohl zvládat svou práci s klienty, musel jsem změnit některé pracovní návyky. Celkově jsem zmírnil pracovní tempo, více jsem svou práci supervidoval, přesunul jsem hodně pozornosti na další vzdělávání v oblasti Gestalt psychoterapie a více jsem se soustředil na své potřeby během jednotlivých sezení s klienty. Zpětně si myslím, že mi trvalo přibližně dva roky, než jsem se ve své práci opět zakotvil a než jsem začal vnímat, že moje životní zkušenosti mají

pozitivní vliv na to, jakým způsobem pracuji.

Z výše uvedeného vyplývá, že péči o sebe můžeme rozdělit do následujících oblastí:

- Vztahová podpora – v rámci rodiny, přátel, pracovního kolektivu a nejbližší komunity.
- Relaxační a meditační techniky.
- Pohybové aktivity – nejvíce bývá doporučována chůze, celkově pak cvičení, která podporují navázání dobrého kontaktu s tělem, nikoliv intenzivní sportování vedoucí k desenzitizaci.
- Podpurné aktivity a kreativní činnosti – vedle běžných koníčků to může být psaní, kreslení, fotografování, práce s hlínou, hra na hudební nástroje, atd.
- Úprava pracovních návyků – zmírnění pracovního tempa, pauzy, dostatek času na oběd, vybírání dovolené, atd.
- Soustředění na sebepodporu během jednotlivých sezení – například dobré zakotvení, respekt k vlastnímu prožívání, práce s dechem, technika „bezpečného místa“, atd.
- Ošetření práce s klienty – supervize, intervizní skupiny, kazuistické semináře, atd.
- Profesionální vzdělávání a růst – workshopy, semináře, konference, odborná literatura, atd.
- Psychoterapie, poradenství či koučink – nebojme se využívat služby, které sami nabízíme!

## 8. ZÁVĚR

Traumatizovaný či jinak zranitelný psychoterapeut nemusí na svou práci rezignovat. Přestože práce s traumaty našich klientů může být v takovém případě náročná, můžeme z ní také mnoho získat. Nestane

se to ale automaticky a je nutné o sebe zvýšeně pečovat. Také je třeba přizpůsobit styl práce s klienty a uvědomit si, že je v takovém případě terapie setkáním dvou traumatizovaných lidí, z nichž jeden má náskok ve schopnosti seberegulace a může skrze dobrý kontakt a vztah provést druhého cestou, která je již trochu vyšlapaná. Na prostou nezbytností je dostatečné vzdělání v této oblasti a profesní růst.

Situace, kdy je „trauma na obou stranách dialogu“, vyžaduje od psychoterapeutů velkou míru sebereflexe, proto místo tradičního závěrečného shrnutí poznatků navrhuji otázky, které mohou rozšířit uvědomění:

Zažil jsem v životě vlastní traumatizující zkušenost? A jak tato zkušenost ovlivňuje moji práci? Jaká je moje vlastní míra zranitelnosti a co může mou zranitelnost zvyšovat? Na která témata reaguji citlivěji? Které prožitky klientů hůře snáším a neumím s nimi pracovat a se kterými se mi naopak pracuje dobře? Co ze svého vlastního života sdílím se svými klienty? Co bych nikdy nesdílel a proč? Jaké mám zdroje podpory? Jak se o sebe dokážu postarat, když mi není dobře v průběhu sezení? Jak o sebe pečuji dlouhodobě?

*Bez konfliktu zájmů.*

## LITERATURA:

- Baštecká, B. et al. (2005). *Terénní krizová práce – psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
- Bauer, A. T., et Toman, S. (2003). A gestalt perspective of Crisis Debriefing: Working in the here and now when the here and now is unbearable. *Gestalt Review*, 7(1), 56–71.
- Beisser, A. R. (1990). *Flying without wings: Personal Reflections on Loss, Disability and Healing*. New York: Bantam Books.

- Bowman, C. (2002). To Ground Zero and back. *Gestalt*, 6, 1–11.
- Cohen, A. (2003). Gestalt therapy and Post-traumatic stress disorder: The irony and the challenge. *Gestalt Review*, 7(1), 42–55.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Fodor, I. (2001). Reflections on September 11: When therapist and client participate in the same trauma. *British Gestalt Journal*, 10(2), 80–85.
- Gordon, J. S. (2019). *The Transformation: Discovering wholeness and healing after trauma*. San Francisco: HarperOne.
- Hartling, L. M., et Lindner, E.G. (2016). Healing Humiliation: From reaction to creative action. *Journal of Counseling and Development*, 94(4), 383–390.
- Hostrup, H. (2010). *Gestalt Therapy: An introduction to the Basic Concepts of Gestalt Therapy*. Copenhagen: Hans Reitzel's Publishers.
- Kepner, J. (1995). *Healing Tasks: Psychotherapy with adult survivors of childhood abuse*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kepner, J. (2008). *Body process: A Gestalt Approach to working with the Body in Psychotherapy*. Santa Cruz: GestaltPress.
- Křivohlavý, J. (2004). *O odpouštění s Jaro Křivohlavým*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (2007). *O vděčnosti s Jaro Křivohlavým*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- Melnick, J., et Nevis, S. M. (1997). Diagnosing in the here and now: The experience cycle and DSM-IV. *British Gestalt Journal*, 6(2), 97–106.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C., Siegel, D. J. a van der Kolk, B. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
- Pearlman, L. A., et Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Trauma in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: Norton.
- Pregrad, J. (2019). *Workshop o práci s traumatizovanými klienty*, Mikulov.
- Resnick, R. W. (1995). Gestalt therapy: Principles, Prisms and Perspectives. Interviewed by Parlett, M. *British Gestalt Journal*, 4(1), 3–13.
- Sapriel, L. (2012). Creating an embodied, authentic Self: integrating mindfulness with psychotherapy when working with trauma, in T. Levine (ed.) *Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice* (s. 107–122). London: Routledge.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford.
- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic and Philosophical Reflections*. New York: The Analytic Press.
- Taylor, M. (2014). *Trauma therapy and clinical practice: Neuroscience, Gestalt and the body*. Maidenhead: Open University Press.
- Yontef, G. (2009). *Gestaltterapie – uvědomování, dialog a proces*. Praha: Triton.

Došlo do redakce 3. 5. 2020, v revidovaném znění 9. 9. 2020. K publikaci přijato 10. 9. 2020.