

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 14. ročník, 2020, číslo 2

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Michal Černík, Ph.D. – Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje

Mgr. Lucie Hornová – Ambulance klinické psychologie, Rychnov nad Kněžnou

Mgr. Jan Hesoun – soukromá praxe, Praha

MUDr. David Holub, Ph.D. – soukromá praxe Praha; Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha; Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno.

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Ordinance klinické psychologie a psychoterapie, Prostějov

Mgr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D. – Klinika adiktologie VFN, 1. lékařská fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D. – Univerzita Palackého, Olomouc (CMTF)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

PhDr. Šárka Gjuričová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com

Mgr. Anna Ward, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čevelíček, Ph.D., Patrik Rudolf

Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 2/2020 byla 10. 9. 2020, recenzní řízení bylo uzavřeno 9. 9. 2020. Vychází v září 2020.

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3982 (Print), ISSN 2695-0200 (Online) / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR Scopus, EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Michal Černík - - - 81

TÉMA: GESTALT PSYCHOTERAPIE / THEME: GESTALT PSYCHOTHERAPY

Jan Roubal: Terapeutická změna: možné perspektivy v gestalt terapii (Therapeutic change: possible perspectives in Gestalt therapy) - - - 83

Michal Černík: Trauma na obou stranách dialogu (Trauma on both sides of the dialogue) - - - 97

Michal Pernička: Fenomén setkání v psychoterapii (The encounter phenomenon in psychotherapy) - - - 111

Sylvie Tichotová: Tanec klienta a terapeuta v těžkém emočním poli: Jak v roli terapeuta neztratit stabilitu a eleganci aneb o sebepodpoře, uvědomění a kontaktním cyklu (A therapist – client dance in a difficult emotional field: How to remain stable and elegant as a therapist using the concepts of self-strengthening, awareness and contact cycle) - - - 124

Adam Suchý: Trans lidi a ryby aneb v moři genderové rozmanitosti (Transsexuals and fishes or In a sea of gender diversity) - - - 136

Tomáš Andrášik: Gestalt Theatre – Integrace aplikovaného dramatu do Gestalt terapie (Gestalt Theatre – Integration of Applied Drama into Gestalt Therapy) - - - 147

DISKUSE / DISCUSSION

Anton Polák: Gestalt terapia po tridsiatich rokoch v ČR: Držíme sa princípov? - - - 170

RECENZE / REVIEWS

Scull, A. (2019). Šílenství a civilizace. Kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od bláznince k moderní medicíně. Praha, Academia. (Pavel Kalina) - - - 181

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

PSYCHOSOM

NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**

I EDITORIAL

Speciální číslo věnované Gestalt psychoterapii potvrzuje oblibu tohoto psychoterapeutického směru v našich končinách. Dlouhodobě působí v ČR několik vzdělávacích institutů poskytujících akreditovaný Gestalt psychoterapeutický výcvik, pořádají se konference a workshopy, vychází odborná literatura v češtině a vznikají různé aktivity s cílem sdružovat absolventy výcviků.

Když jsme v redakční radě zvažovali vydání čísla věnovaného Gestalt psychoterapii, měl jsem trochu obavy, zda se nám ho podaří naplnit. Mezi Gestalt psychoterapeuty je sice řada odborníků, kteří mohou svými příspěvky oslovit jak další členy Gestalt komunity, tak psychoterapeuty z jiných směrů, publikační činnost je však spíše vzácností. O to více jsem byl překvapen velkým množstvím obdržených článků. Některé zajímavé příspěvky se do aktuálního čísla ani nevešly a můžeme se na ně těšit v číslech nadcházejících.

Publikované texty jsou tematicky hodně rozmanité a potvrzují široký záběr zájmu současné Gestalt psychoterapie. Jan Roubal se věnuje univerzálně důležitému tématu terapeutické změny a zaměřuje se zejména na vlastní porozumění terapeuta tomu, co se v terapii odehrává a jaká je jeho úloha v takové procesu. Michal Perníčka zpracoval téma setkání v psychoterapii, přičemž přináší shrnutí původního kvalitativního výzkumu zaměřeného na epizody zvláštní blízkosti mezi terapeutem a klientem, které se v teorii Martina Bubera nazývají momenty Já-Ty. Tím vlastně doplňuje článek Jana Roubala, protože podobné momenty mají

v psychoterapii vysoký potenciál navodit terapeutickou změnu. Můj vlastní příspěvek se věnuje situacím, kdy je trauma přítomné na obou stranách dialogu, a nabízí zamyšlení nad tím, jak mohou traumatizovaní terapeuti pracovat s podobně traumatizovanými klienty. Sylvie Tichotová se zabývá interakcí klienta a terapeuta v terapeutickém poli, do kterého klient přináší emoce, které jsou pro terapeuta z různých důvodů těžké. Adam Suchý prezentuje vlastní pohled Gestalt psychoterapeuta na problematiku transsexuality, přičemž vychází ze svých bohatých zkušeností z psychodiagnostické a psychoterapeutické práce s pacienty s poruchami pohlavní identity. Tomáš Andrášik představuje možnosti integrace aplikovaného dramatu do Gestalt psychoterapie a seznamuje nás s inspirativním konceptem Gestalt Theatre.

V sekci „Diskuse“ přinášíme shrnutí základních principů Gestalt psychoterapie od Antona Poláka. Hlavním přínosem tohoto příspěvku je však autorovo zamyšlení nad stavem Gestalt psychoterapie po třiceti letech vývoje v České republice a nad neřestmi některých Gestalt terapeutů, jako jsou například nezáměr o teorii, technologický přístup, sklony k interpretování nebo pokusy o necitlivé spojování Gestalt psychoterapie s přístupy, které nejsou v souladu s jejími základními principy a světovým názorem. Mimo rámec Gestalt psychoterapie můžete ještě v závěru tohoto čísla najít recenzi od Pavla Kaliny představující knihu Šílenství a civilizace od Andrewa Sculla.

Věřím, že podobné počiny, jako je toto speciální číslo, jsou pro budoucnost Gestalt

psychoterapie velmi důležité. Ukazují, že se jedná o teoreticky dobře zakotvený psychotherapeutický směr s velkým rozsahem aplikačních možností. Jako každý terapeutický směr i Gestalt psychoterapie prochází přirozeným vývojem. Stojí stále pevně zakotvená v základech, které položili její průkopníci před bezmála sedmdesáti lety, a zároveň se dokázala přizpůsobit současným trendům a je směrem plně mo-

derním a široce uplatnitelným v podmínkách 21. století. Některé z těchto trendů dovedla dokonce předvídat nebo ovlivnit.

Přeji všem čtenářům inspirativní čtení a Gestalt psychoterapii více publikační činnosti, protože zkušenosti z dobré praxe je třeba sdílet.

Za redakční radu

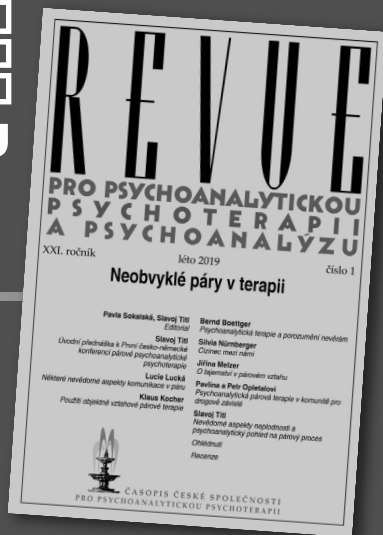
Michal Černík

REVUE

PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je jediné odborné periodikum zabývající se psychoanalýzou a psychoanalytickou psychoterapií v češtině.

Vychází dvakrát ročně a obsahuje původní klinické i teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze a informační servis.



Podrobnější informace (témata a obsahy jednotlivých čísel, editoriały, objednávkový formulář atd.) naleznete na www.cspap.cz, sekce Revue.

Své dotazy a objednávky zasílejte na revue@cspap.cz.

TERAPEUTICKÁ ZMĚNA: MOŽNÉ PERSPEKTIVY V GESTALT TERAPII

Therapeutic change: possible perspectives in Gestalt therapy

Jan Roubal

*Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
jan.roubal.cz@gmail.com*

Psychoterapie. 14 (2), 83–96; ISSN 1802-3983

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GA18-08512S.

ABSTRAKT

Vlastní porozumění terapeuta tomu, co se v terapii odehrává a jaká je jeho úloha v takovém procesu, může terapeutovi sloužit jako zdroj sebe-podpory v náročné klinické situaci. Text systematicky popisuje tři různé perspektivy porozumění terapeutické změně používané v gestalt terapii: perspektiva zaměřená na člověka, dialogická perspektiva a perspektiva teorie pole. Každá z nich poskytuje jiný druh porozumění terapeutickým procesům a nabízí jiná vodítka pro terapeutickou práci. Kazuistická ukázka ilustruje, jaké jsou možnosti detailněji konceptualizovat terapeutickou změnu z pohledu gestalt terapie a jaké různé způsoby práce lze z rozdílných perspektiv odvodit.

Klíčová slova: terapeutická změna; proces terapie; gestalt terapie; dialog; teorie pole

ABSTRACT

Therapist's own understanding of what is happening in therapy and what is his own role in it can serve as his self-support system in a demanding clinical situation. Three perspectives of understanding the

process of change used in Gestalt therapy are presented in a systematic way: person-centred perspective, dialogical perspective, and field theory perspective. Each of them provides a different kind of understanding and offers different guidelines for therapeutic work. A case study example illustrates possibilities of detailed conceptualization of the process of change from the Gestalt therapy point of view. Different possible ways of working strategies based on different perspectives are introduced as well.

Key words: therapeutic change; process of therapy; Gestalt therapy; dialogue; field theory

ÚVOD

Při psychoterapeutickém setkání se odehrává ohromné množství procesů na mnoha úrovních. Můžeme si představit, že kromě dvou aktuálně přítomných lidí jsou – prostřednictvím vztahových vzorců předávaných celé generace, přítomni i předci klienta a terapeuta. Také oni jako by se zde setkávali. Kromě toho se implicitně do hry dostávají různé další vlivy jako společenská atmosféra, kulturní a duchovní tradice, ale i z velké části autonomní tělesné podněty, jako třeba vzájemné reakce na či-

chové vjemy. A další a další vlivy, které se v každý jeden okamžik zpřítomňují a účastní se procesu terapie. Proto je změna v psychoterapii tak komplexní a my pravděpodobně nikdy plně neuchojíme, co vše se při psychoterapii mění. Je to podobné, jako když náš sluchový aparát může zachytit zvuky jen o určité vlnové délce. Zvuků zní ale daleko větší množství než jaká je naše schopnost je přímo slyšet. Podobné je to se všemi možnými procesy účastnými terapeutické situace, ze kterých jsme schopni si všimnout jen některých, které ale všechny splývají do výsledné terapeutické změny. Změna v terapii navíc interaguje se změnou způsobenou faktory mimo terapii. Terapeutická změna se také proměňuje v čase, některá se projeví až po měsících či letech po terapii.

Zdá se, že změnu jako výsledek terapie tedy ani není v našich možnostech uchopit a jednoznačně pojmenovat. Můžeme se ale učit rozumět terapeutickým procesům, které se při terapii odehrávají a terapeutickou změnu vysvětlují. Naše pochopení těchto procesů je pak závislé na tom, odkud proces změny pozorujeme. V gestalt terapii můžeme rozpoznat tři základní perspektivy vycházející z rozdílných paradigmat: perspektiva zaměřená na člověka, dialogická perspektiva a perspektiva teorie pole. Každá z nich nám poskytuje jiný druh porozumění a nabízí různé typy vodítek. Každá z těchto tří perspektiv může být užitečná v různých fázích procesu terapie. V jednu chvíli se může stát jedna perspektiva figurou, zatímco ostatní zůstávají v pozadí. V jiný moment si mohou své pozice vyměnit. Například na začátku terapie je obvykle v popředí perspektiva zaměřená na člověka (klient potřebuje řešit svá trápení) a až

po čase se stane zřetelným terapeutický vztah.

Různé perspektivy lze tedy použít k různým způsobům porozumění jednomu terapeutickému procesu a k odvozování různých vodítek pro psychoterapeutickou práci. Zmíněné tři pohledy na psychoterapeutickou změnu však bohužel v teorii gestalt terapie nejsou od sebe vždy dostatečně odlišeny. Kvůli tomu může být teoretické porozumění procesu terapie nekonzistentní a výsledná teorie změny pak terapeuta spíše mate, než aby ho podpořila. Umožňuje terapeut změnu? Nebo je změna spolu-utvářena terapeutem a klientem? Anebo změnu přináší samotný uzdravný proces, který přesahuje setkání jednotlivců? Jsem přesvědčen, že tyto otázky nejsou pouze akademické, a že odpovědi na ně mohou poskytnout velmi praktická vodítka sloužící podpoře terapeutů při práci v rizikových podmínkách klinické situace. Záměrem tohoto textu je tedy rozřadit různé perspektivy porozumění procesu změny v rámci teorie gestalt terapie, odlišit je od sebe navzájem a rozdíly ilustrovat praktickou ukázkou terapeutické práce. Zvláštní pozornost bude věnována perspektivě teorie pole v pojetí, které v mezinárodním kontextu představuje „*growing edge*“ současné gestalt terapie.¹

¹ Teorie pole je v gestalt terapii rozpracována částečně odlišnými způsoby (Stammmler, 2006). Původní pojetí pole organizmus-prostředí (Perls, Hefferline, and Goodman, 1951) navazující na pojetí Kurta Lewina (1952) je dále rozpracovááno v konceptu situace (i.e., Robine, 2008). Vedle něj se rozvíjí holistické pojetí Jana Smutse (1926) a pro pochopení procesů pole předpokládá že existuje určitá „energie pole v prostoru mezi“ (Parlett, 2005, p.60). K tomuto pojetí se přiklání i tento text (Pro více podrobností viz. Francesetti, G., Roubal, J., 2020, in press).

KAZUISTIKA

Vojta přišel do terapie kvůli nespavosti a bolestem břicha. Somatičtí lékaři nenašli nic, co by mohli léčit a odkázali ho na psychoterapii. Vojta docházel do terapie sedm měsíců a pak, před letní pauzou, jsme rekapitulovali, co se pro něj změnilo: „Spím pořád špatně, ale je pravda, že břicho mne bolí už méně. Vím líp, na co si dávat pozor.“ Pro terapeuta nepřilíživý výsledek po takové době terapie. Symptomy, které klienta obtěžovaly, přivedly ho do terapie, a které chtěl změnit, se nezměnily vůbec nebo jen zčásti.

„Ale změnilo se hlavně jiné věci. No, vlastně jsem přišel o práci... a se ženou jsme se teď fakt začali hodně hádat, až to někdy vypadá na rozvod.“ Změny se tedy dějí v jiných oblastech, než kvůli kterým klient přišel. A nejsou to zrovna změny, které by si klient před vstupem do terapie představoval. Terapeut: „Když to takto shrnete, vlastně si říkám, jestli vám přijde, že vám terapie je nápomocná a jestli budete chtít dál po prázdninách pokračovat?“ Vojta: „Ale jo, chci.“ Terapeut: „Mohli byste mi to víc vysvětlit, proč chcete pokračovat?“ Vojta: „No, já vlastně přesně nevím. Nerozumím moc tomu, co se to se mnou v mém životě děje. Ale pocit z toho mám, že mi to nějak asi dává smysl, i když je to všechno v pohybu. A hlavně vidím, že vy jste v klidu, no tak to asi má nějaký smysl, co?“

Toto je klíčové sdělení od klienta. Terapeut tím, že je „v klidu“ dodává podporu, motivaci a naději klientovi. Jak ale zůstat v klidu? Zde právě poslouží teorie změny jako držadlo, kterého se terapeut přidrží a nezačne zmatkovat, i když změna zrovna není podle očekávání.

Pro porozumění procesu změny v této

terapii s Vojtou je potřeba vidět větší obrázek. V počátku terapie Vojta rozpoznal nejvýraznější zdroj stresu ve svém životě: současné zaměstnání a hlavně despotický šéf. Později také uviděl, jak moc je šéf podobný jeho otci, vojákovi z povolání, který před šesti lety zemřel. Svému otci despotovi se vždy přizpůsoboval a také současné povolání si zvolil podle otcova přání. Zkušenost s otcem ho výrazně formovala, naučil se žít život podle očekávání druhých, které si stavěl do pozice autority.

V terapii postupně objevoval, že ve svých 39 letech je již na čase se emancipovat. Začal projevovat své názory, což vedlo ke konfliktům v práci a posléze k výpovědi. Vojta pak pracoval v několika dalších zaměstnáních, nikde dlouho nevydržel, v podstatě si zkoušel hledat něco vlastního, udělat vlastní volbu. To ale pro něj bylo obtížné jednak proto, že se zatím nenaučil, jak se to dělá. A také proto, že ho to vedlo k obecnějšímu hledání, co vlastně chce v životě dělat a k existenciálním pochybnostem, proč je vlastně na světě. Zatímco se zabýval takovými otázkami, jeho žena začínala být netrpělivá, protože rodině (měli dvě děti na základní škole) docházely peníze. Navíc se Vojta přestal ve všem přizpůsobovat a začal se vymezovat i vůči ženě, což vedlo k hádkám, které byly pro oba překvapivé a bolestivé. Zároveň to ale přinášelo i oživení v jejich vztahu, zvláště v sexu, a protože se měli opravdu rádi, byla zde naděje, že pokud současnou krizi ustojí, jejich manželství to obohatí.

Terapeutovi se tedy zdálo srozumitelné, že symptomy, které Vojtu do terapie přivedly, souvisí s jeho životním vzorcem žít podle očekávání druhých a se stresem, které mu takový vzorec přináší. V terapii si Vojta začal

tento svůj automaticky uplatňovaný vzorec uvědomovat a postupně měnit. Vytváření nového alternativního způsobu vztahování se k lidem kolem sebe i k sobě samému však vede přes hledání, zkoušení a učení se z neúspěchů. V této fázi terapeutického procesu se teď podle terapeuta Vojta nachází.

Právě popsaná vlastní teorie změny tohoto konkrétního případu posloužila terapeutovi jako podpůrná třetí strana, jako držadlo, kterého se zachytil, když jím zmítaly pochybnosti. Pochybnosti existenciální povahy, které byly výrazným rysem klinické situace, a které tak silně vnímal i klient. Vlastní konceptualizace procesu změny v psychoterapii umožnila terapeutovi zůstat v klidu přítomen a k dispozici klientovi. To klienta podpořilo, aby vytrval v obtížné fázi terapeutického procesu a pokračoval v terapii. Následující text ukáže s použitím této kazuistiky, jaké jsou možnosti detailněji konceptualizovat proces změny z pohledu gestalt terapie.

TŘI PERSPEKTIVY, JAK LZE NAHLÍŽET TERAPEUTICKOU ZMĚNU V GESTALT TERAPII

V pojetí psychoterapeutické změny došlo v historii gestalt terapie k několika posunům, které je možné pozorovat i v jiných psychoterapeutických přístupech. Zprvu dominovala psychologie jedné osoby. Gestalt terapeuti propracovávali terapeutický přístup, který podporoval změnu u klienta. Touto změnou byl v rámci humanistické tradice růst klienta jako člověka. Paralelně k této *perspektivě zaměřené na člověka*, která má pro svoji srozumitelnost a praktičnost v gestalt terapii své místo doposud, sílil vliv *dialogické perspektivy* postavené na psychologii dvou (nebo více) osob. Dia-

logický přístup se stal v gestalt terapii dominantní zhruba v posledním čtvrt století. Změnu zde pozorujeme ne u osoby klienta, ale v terapeutickém vztahu. Terapeuti proto vypracovávali postup, kterým lze podpořit proměnu vztahových vzorců.

Ve vývoji gestalt terapie existovala od počátku ještě jedna, radikálně odlišná teorie změny, která se odvíjela od *perspektivy teorie pole*. Postupem času se rozvíjela a propracovávala a zdá se, že ve vývoji gestalt terapie hraje čím dál větší roli. Používání perspektivy teorie pole v klinických situacích se v současné gestalt terapii stává oblastí, která celý přístup gestalt terapie významně posouvá dál. Pojetí teorie pole sílí nyní nejen v gestalt terapii, ale i v jiných psychoterapeutických přístupech a možná, že v celém oboru psychoterapie můžeme právě teď sledovat vynořování se nového paradigmatu, které se objevuje vedle dvou stávajících zmíněných výše.

Z pohledu teorie pole změnu nahlédneme jako proces se svou vlastní dynamikou a přesahující jedince, kteří se změny účastní. Změna se děje a „používá“ zúčastněné lidi, aby se mohla udát (Roubal, 2019). Z tohoto úhlu pohledu se nejen tradiční na osobu zaměřený přístup, ale i koncept dialogického spoluutváření změny jeví jako stále příliš antropocentrický. Může být také vnímán jako nekriticky onipotentní: ty a já tvoříme změnu. Jak si ale můžeme být tak jistí? Paradigma teorie pole jde dál a pokorně uznává, že změna se může udát jinak, než byla zamýšlena a dokonce i bez záměru a porozumění ze strany terapeuta či klienta. Perspektiva teorie pole přináší do současné psychoterapie důraz na pokoru v uzdravujícím procesu, který přesahuje zúčastněné jedince.

Následující text se pokouší zpřehlednit teoretické chápání terapeutické změny v gestalt terapii. Ukazuje, jak každá ze tří zmíněných perspektiv odpovídá odlišně na otázky: Co se mění? Jak můžeme porozumět psychopatologickým symptomům? K jakému druhu změny v terapii směřujeme? Jak může terapeut podporovat změnu? Co může být pro terapeuta podpůrnou třetí stranou v terapeutickém vztahu, která mu umožní ukotvit se a podpořit klienta v procesu změny?

PERSPEKTIVA ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA

Co se mění? Člověk před námi. Z této perspektivy pozorujeme změnu klienta v různých aspektech jeho života. Perspektivu psychologie jedné osoby používáme k zachycení obvyklých způsobů fungování, které jako tvořivé přizpůsobení klientovi pomáhaly k přežití v obtížných podmínkách, a které mu stále pomáhají cítit se bezpečně. Zároveň podporujeme klienta v objevování nových možností, které má k dispozici a při probouzení jeho potenciálu k růstu.

Z perspektivy zaměřené na člověka nahlížíme na *psychopatologické symptomy* jako na originální kreativní přizpůsobení, které využívá momentálně dostupné zdroje pro zvládání obtížných podmínek. Symptomy nevnímáme jako něco nefunkčního, co má být opraveno, ale spíše jako původně užitečnou strategii zvládání, která ale později v životě člověka omezuje, protože je rigidní a neumožňuje kreativní přizpůsobování novým podmínkám. Terapie pomáhá klientovi nacházet a procvičovat nové možnosti kreativního přizpůsobení.

Jak může terapeut změnu podporovat?



Jan
Roubal

Doc. MUDr., Ph.D. Učí psychoterapii na katedře psychologie Masarykovy univerzity v Brně, kde také pracuje v Centru pro výzkum psychoterapie. Pracuje jako psychoterapeut v soukromé praxi, jako supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků v ČR i mezinárodně. Publikuje texty zejména o psychoterapii v klinické praxi, spoleeditoval knihy: *Současná psychoterapie; Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact; Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy.*

Pomáháme klientům uvědomit si, jak fungují ve svém životě. Díky tomu mohou žít svůj život svobodněji a zodpovědněji. Uvědomování fixovaných vzorců jim umožňuje tyto vzorce používat vědomě nebo je změnit. Pomáháme jim najít nové kreativní způsoby fungování, aby se rozšiřovaly jejich možnosti volby. Obecnou změnou, na kterou terapie cílí, je zvýšení schopnosti klienta tvořivě se přizpůsobovat proměnlivým životním podmínkám.

Terapeut pomáhá klientovi rozšiřovat uvědomění ve zvláštním druhu kontaktu, který je jednak pro klienta nezvykle podpůrný a zároveň mu přináší nečekané výzvy. Jako terapeuti přijímáme a podporujeme klienta jako člověka a zároveň zpochybňujeme jeho fixované vzorce.

Z perspektivy zaměřené na člověka sledu-

jeme změnu především v oblasti exekutivní („*ego-function of self*“) (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Spagnuolo Lobb, 2005): co se klient naučí s námi dělat jinak. Terapeutický přístup vychází také z ego-funkce self, je založen hlavně na tom, co terapeut dělá, jak vůči klientovi intervenuje.

Co podporuje terapeuta jako *třetí strana* v procesu terapie? V teorii Gestalt terapie máme několik velmi užitečných modelů: například model kontaktních stylů (projekce, introjekce, konfluencce apod.) nebo model kontaktního cyklu. Můžeme je využít k pochopení toho, jak klient funguje. To nám pak pomůže ocenit navyklé způsoby fungování klienta jako zdroj bezpečí a také je zpochybňovat, když má klient dostatečnou podporu potřebnou ke změně.

Terapeut používá fenomenologickou metodu k zachycení toho, co je zřejmé a k dispozici: jak v oblasti fixovaných vzorců, tak v dostupném potenciálu pro změnu. Pozici terapeuta, který k procesu změny přistupuje z perspektivy zaměřené na člověka, dobře vystihuje následující *metafora*: můžeme se na klienta dívat jako na západ slunce (Zinker, 1977) bez snahy jakkoliv ho měnit a prostě zůstat s respektem k tomu, co se objeví.

DIALOGICKÁ PERSPEKTIVA

Co se mění? Vztah s člověkem před námi. Z této perspektivy se zaměřujeme na dynamiku vztahu teď a tady, kterou spoluvytváří klient s terapeutem. V tomto vztahu ožívají, a jsou tak přístupné fenomenologickému zkoumání, opakující se vztahové vzorce. Ožívají za účasti obou, klienta i terapeuta. Terapeut tak zkoumá i své reakce jako vlastní příspěvek k tomu, jakou podobu vzájemný vztah nabírá. Terapeutický vztah ta-

ké však slouží k tomu, aby klienti s námi udělali novou vztahovou zkušenost. To jim umožní prožít i sebe sama novým způsobem. Takovou novou vztahovou zkušenost pak klienti mohou přenést do ostatních svých vztahů.

Z této perspektivy vnímáme *psychopatologické symptomy* jako individuální vyjádření specifické vztahové zkušenosti. Psychopatologie se děje uvnitř vztahu tady a teď v terapeutické situaci. Terapeut je ten, kdo je s klientem přítomen v aktuálním okamžiku a kdo zároveň představuje i obecnější zkušenost s druhými lidmi v životě klienta. Terapeut je součástí psychopatologie, která ožívá v přítomném vztahu. Psychopatologie je tedy spoluvytvářena klientem i terapeutem teď a tady.

Dialogická perspektiva nabízí přímou možnost změny. Terapeut i klient si mohou uvědomit, jak přispívají ke spoluvytváření psychopatologie v rámci jejich vzájemného vztahu. To jim pomáhá vědomě vystoupit z fixovaného vztahového vzorce. Tím se může otevřít šance na novou vztahovou zkušenost. Při práci z dialogické perspektivy terapeut přestává léčit symptomy a setkává se s člověkem. Změna se děje na vztahové úrovni mezi klientem a terapeutem. Vytváří se nová léčivá zkušenost, ve které již nemusí být symptomů zapotřebí. Klient se cítí přijímán takový, jaký je, a tím se může učit přijímat sám sebe. To pak otevírá prostor pro aktualizaci lidského potenciálu klienta. Klient se tak mění jako člověk a stává se více tím, kým doopravdy je.

Jak může terapeut podporovat změnu? Změna je v zásadě umožněna dostupností a ochotou terapeuta zapojit se do dialogu jako lidská bytost, jako člověk v kontaktu s jiným člověkem. Klient má šanci být s ná-

mi opravdovější. Tím, že jsme s klientem v ryzím, čestném a otevřeném vztahu, otevíráme klientovi možnost vyzkoušet si nové způsoby vztahování se. Není již tak důležité, co jako terapeuti děláme („*ego-function of self*“). Do popředí se dostává osobnostní funkce self („*personality-function of self*“) (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Spagnuolo Lobb, 2005), tedy to, kým jsme jeden pro druhého.

Co podporuje terapeuta v procesu terapie jako *třetí strana*? Terapeut se může opřít o principy dialogického přístupu: inkluze, potvrzování, přítomnost, odevzdání se dialogu (Jacobs, 1995; Yontef, 2005). Když máme tyto principy na mysli, pomáhá nám to setkávat se s člověkem, aniž bychom se snažili o změnu jeho symptomů.

Terapeut může také jako nápomocnou použít *metaforu* tance často používanou v Gestalt terapeutických textech (např. Jacobs, 2018; Philippson, 2019), kdy se při opakování „starého tance“ v terapeutickém vztahu objevují kreativní „nové kroky“. Tato metafora nám pomáhá netlačit na nějaký konkrétní druh změny, ale spíše přivítat změnu, která se objeví v živém a lidsky upřímném dialogu.

PERSPEKTIVA TEORIE POLE²

Co se mění? Proces, kterým se organizuje pole teď a tady do podoby přítomné situace. Neustále se proměňující proces formování

situace se přetváří a osvobozuje směrem k přirozenému plynutí. Tato proměna nastává holistickým způsobem, čímž se odlišuje od individualistické i dialogické perspektivy. Při setkání se objevuje něco nového, proces, který přesahuje přítomné osoby. Celá situace je víc než jen interakce lidí, kteří se setkávají. Můžeme použít pojem atmosféry jako „něčeho, co jasně cítíme, i když to nedokážeme definovat a vysvětlit“ (Francesetti, Griffero, 2019, s. 1). Atmosféra je „hovorový výraz znamenající „něco víc“ a silně závisí na kontextu... pocit či dojem, který nepatří jedinci a není vnitřní, ale je přítomný v prostoru a dodává určité „zabarvení“ situaci, kterou přítomný člověk vnímá a prožitkově k ní náleží“ (Francesetti, Griffero, 2019, s. 1). Tato atmosféra se v terapii proměňuje.

Zperspektivy teorie polenahližíme klienta a terapeuta jako na procesy, které společně vyvstávají z proudu, kterým se pole v každém momentě organizuje. Procesy odvíjející se neustále od situace (Perls, Hefferline, and Goodman, 1951; Philippson, 2009; Vazquez Bandin, 2014), která se stále proměňuje tak, že každý přítomný okamžik směřuje k následujícímu („*now for the next*“) (Spagnuolo, Lobb, 2013b). Tato neustálá změna, proudění situace, se řídí vlastní dynamikou a účastníci situace jsou jí přetváření, jsou funkcemi dané situace.

Zároveň je však podstatné zmínit, že při zaujetí perspektivy teorie pole opouštíme koncept kauzality, a to i cirkulární kauzality (tak podstatné pro systémové a dialogické pojetí). Opouštíme dichotomii *aktivní – pasivní*. Opouštíme představu, že klient a terapeut vytvářejí přítomnou situaci, ale také neotáčíme kauzalitu ve smyslu, že situace vytváří klienta a terapeuta.

² V následujícím oddíle se pokouším popsat procesy, které jsou preverbální, prožívané tělesně a vnímané synesteticky (bez rozlišení jednotlivých smyslů). Jedná se o procesy, které se dějí ještě před diferenciací self-okolí (podrobněji viz. Francesetti, G., Roubal, J., 2020, in press) a které náleží situaci a ne jedinci. Proto je jejich popis slovy velmi obtížný až nemožný, nejvíce se snad k pochopení přiblížíme metaforami. Prosim tedy čtenáře o toleranci a kreativní čtení.

Namísto toho uvažujeme ve smyslu „*middle mode*“, přirozené spontaneity přesahující (a zahrnující) aktivitu a pasivitu (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Zdravá situace sleduje přirozené plynutí, které umožňuje uspokojení vztahových potřeb účastníků situace. Zdravý proces proudu situace nabízí každému účastníkovi příležitost, aby ho ostatní viděli takového, jaký je, aby se mohl projevit, jaký je, a aby si užil odezvu druhých na sebe. Aby se nechal přetvářet prožitkem plynutí živého kontaktu. Situace je ukotvená v tady-a-teď a přirozeně směřuje vždy k následujícímu okamžiku. Vztahové potřeby účastníků dodávají proudu situace sílu a usměrňují ho, čímž umožňují situaci přecházet přirozeně a hladce k dalšímu tady-a-teď.

V *psychopatologických* situacích je přirozený tok situace zablokován nebo spíše deformován určitým specifickým způsobem. Klient i terapeut jsou funkcemi psychopatologické dynamiky situace. Takováto dynamika je oba vtěsná do rigidně, ustáleným způsobem formujících se procesů, jako do hluboce vymletého koryta řeky. Na klientovy symptomy pak můžeme pohlížet jako na funkci aktuálního pole situace, která se organizuje psychopatologickým způsobem. Klienta tyto rigidní způsoby organizace pole umrtvují, brání mu zažívat uspokojující kontakt a jeho utrpení se ztělesňuje jako pozorovatelné psychopatologické symptomy. Terapeut sám na sobě, skrze svůj prožitek v situaci teď a tady také zakouší umrtvující dynamiku, protože i on sám je funkcí psychopatologické organizace pole.

Jak může terapeut podpořit změnu? Z perspektivy teorie pole vidíme, že změna přesahuje lidi účastnící se dané situace a představuje proces se svou vlastní dynamikou,

který zúčastněné lidi „používá“, aby se mohl udát. Terapeutický přístup je založen na terapeutově estetickém prožitku jeho ztělesněné přítomnosti v proudu situace. „Nevnímáme žádné Ty, přesto však cítíme, že jsme osloveni, a odpovídáme... naším bytím“ (Buber, 1937, s. 6).

Není až zas tak důležité, co děláme, ale jak s klientem jsme. Můžeme také říct, že intervence, které děláme, nám pomáhají zvládnout náš vlastní pocit bezmoci. Pomáhají nám se uklidnit, uzemnit a zpřítomnit, abychom se dostatečně ztišili a vytyšili volání potenciálu situace. Abychom se nalaďili na intencionalitu situace (Spagnuolo Lobb, 2013a; Francesetti, Roubal, 2013), tedy na tíhnutí k přirozeně následujícímu okamžiku, který plyne směrem ke smyslem naplněnému procesu. Toho procesu, který byl doposud uvězněn v psychopatologické organizaci pole. Když tímto způsobem transformujeme svůj způsob bytí s klientem a jsme s klientem pravdivě a svobodně, otevírá se možnost transformace celé situace. Situace sama se může začít osvobozovat, deformované fixované procesy se mohou začít uvolňovat a přesměřovávat se tak, aby se obnovoval přirozený proud situace.

Naším hlavním úkolem je pak tomuto rodícímu se pohybu nepřekážet. Nepřekážet tím, že budeme mít představu, vizi, očekávání toho, co by mělo přijít. Proces změny si sám nachází cestu v jedinečném uspořádání přítomné situace. Cestu, kterou nemůžeme naplánovat, zařídít, dokonce ani předvídat. Změna se prostě může přihodit a my ji přijmeme, ať už bude mít jakoukoli podobu. My, terapeuti, změnu neděláme, jenom jí otevíráme dveře. Když budeme dostatečně dobře nepřekážet, dynamika po-

le se může začít osvobozovat, změna se může začít dít a situace se transformuje. Klient i terapeut, kteří jsou funkcí pole, se transformují také.

Co podporuje terapeuta jako třetí strana v procesu terapie? V našem delikátním úkolu estetického ladění se na intencionalitu situace máme naštěstí velkou podporu v konceptu paradoxní teorie změny (Beisser, 1970). Když se přestaneme snažit dosáhnout změny, změna přijde svým vlastním způsobem. Terapeuti si mohou pro sebe opakovat mantru: Nejde o to, co dělám, ale jak s klientem jsem. Tento nový pohled může terapeuta osvobodit od úkolů a požadavků, které vnímá jak od klienta, tak i od sebe samého. Podstatou paradoxní teorie změny je, že terapeut nemá ambici měnit to, co se objevuje jako figura v přítomné situaci. Terapeut tím, že transformuje svůj způsob bytí v situaci, umožňuje transformaci procesů v pozadí, ze kterých se pak vynoří i transformovaná figura.

„Příroda léčí a lékař mezitím pacienta zabavuje.“ To platí i pro psychoterapii. Tím, že se klientovi snažíme pomoci, se často stavíme do cesty přirozeným uzdravujícím procesům. My psychoterapeuti jsme vlastně placeni za to, že se nesnažíme pomoci trpícímu člověku před námi, ale že ustojíme naši bezmoc a zůstaneme pravdivě a svobodně přítomni. Jsme placeni za to, co neděláme. Jsme vycvičeni k tomu, abychom krotili naše instinktivní reakce a dokázali být v terapeutické situaci bez jakéhokoli směřování či očekávání. A zároveň abychom byli schopni aktivně přetvářet způsob, jakým jsme přítomni, do svobodného a radostného odevzdání se naději rodící se ze situace samé. Když jsme přítomni takto, osvobozuje to potenciál situace k přiroze-

né a zdravé dynamice pole, ať už nabere jakoukoli podobu.

Ke změně dochází hlavně na úrovni id-funkce self („*id-function of self*“) (Perls, Hefferline & Goodman, 1951; Spagnuolo Lobb, 2005), na úrovni ztělesněných nediferencovaných prožitků, které nelze připsat jednomu člověku, ale které jsou funkcí proudu situace. Pro takovéto pojetí procesu změny můžeme použít *metaforu* lodky. Klient i terapeut sedí v lodce a jsou unášeni silami, které je přesahují, vodním proudem a větrem. Terapeut může pohyb lodky různými způsoby usměrňovat, mohou přitom s klientem různě spolupracovat. Avšak síly, které je unáší a směr, který změna nabere, je přesahují.

KAZUISTICKÁ UKÁZKA Z RŮZNÝCH PERSPEKTIV³

Pro ilustraci výše popsaných tří perspektiv se nyní ve stručnosti podíváme na jeden aspekt terapeutického procesu s klientem zmíněným v úvodu tohoto textu: jak Vojta zachází s vlastními potřebami. Pro detailní představu práce bude uvedena jedna konkrétní terapeutická situace a možné způsoby práce vycházející z rozdílných perspektiv.

Perspektiva zaměřená na člověka. Vojta ve svém dětství neměl podporu pro to, aby se naučil rozpoznávat vlastní potřeby a dokázal sebe-vědomě vstupovat do kontaktu s pro-

³ Jsou zde uvedeny tři varianty, jak mohla terapie probíhat. Jedna z nich se stala skutečně a další dvě jsou hypotetické, odvozené z jiných reálných situací s klienty tak, aby ilustrovaly, jak se liší různé způsoby práce založené na porozumění terapeutické situaci z různých perspektiv (ve smyslu tzv. kompozitní kazuistiky (Gabbard, 2000)). Záměrně zde není řečeno, která z možností se reálně stala, aby nebyla favorizována, protože všechny tři perspektivy a z nich odvozené intervence mají v gestalt terapii své místo.

	Psychoopatologické symptomy	Co se mění	K čemu terapie směřuje	Dominantní funkce self	Jak může terapeut podpořit změnu	Co podpoří terapeuta jako třetí strana	Metafora
Perspektiva zaměřená na člověka	Individuální bezpečné a zároveň limitující fixované vzorce původně kreativního přizpůsobení v interakci s okolím.	Klientovo fungování tady a teď.	Schopnost svobodného kreativního přizpůsobování.	Co klient a terapeut dělají, jak aktivně vstupují do setkání (<i>ego function</i>).	Zvyšování uvědomování v podpůrném/náročném kontaktu (podpora člověka a zpochybňování rigidních vzorců).	Modely fungování člověka v kontaktu s okolím (stylu kontaktu, cyklus prožitku).	Pozorovat klienta jako západ slunce.
Dialogická perspektiva	Individuální vyjádření utrpení vztahu, ve kterém něco podstatného chybí.	Vztah klienta s terapeutem.	Být pravdivě sám sebou ve vztazích.	Kdo jsou klient a terapeut jeden pro druhého (<i>personality function</i>).	Umožnění prožitku nové vztahové zkušenosti díky vztahování se ke klientovi lidsky otevřeně a pravdivě.	Principy dialogického přístupu (<i>inclusion, confirmation, presence, commitment to dialogue</i>).	Terapeutický vztah jako tanec: starý tanec a nové kroky.
Perspektiva teorie pole	Funkce deformovaného proudu situace.	Způsob, jak se organizuje pole teď a tady (přítomná situace).	Přirozené plynutí od přítomnosti k následujícímu okamžiku (<i>now for the next</i>).	Tělesně prožívané potřeby a smyslové vjemy vyvíjející ve sdílené situaci. (<i>id function</i>).	Uvolnění potenciálu situace díky transformaci terapeutova způsobu bytí s klientem.	Paradoxní teorie změny. Atmosféry.	Klient a terapeut spolu plují v loďce.

Tabulka 1: Tři perspektivy nahlížení na terapeutickou změnu v gestalt terapii

středím se záměrem své potřeby naplňovat. Místo toho se tvořivě přizpůsobil obtížné situaci a naučil se velmi dobře odečítat a naplňovat potřeby druhých. Ve zkratce: impulzy k naplnění vlastních potřeb retroflektoval a své potřeby projektoval na druhé.

V jednu chvíli během sedmnáctého sezení Vojta mluví potichu, dívá se do země a dýchá velmi mělce. Terapeut: „Mohl byste si teď chvilku zaměřit na to, jak dýcháte?“

„Já vlastně skoro nedýchám...“

„A jaké to je?“

„Nevím... nepříjemné, nemám na nic sílu.“

„Aha... nemáte na nic sílu... No a co byste teď tak potřeboval?“

„To nevím... nic asi... vám to připadá, že...“

„Hmm... a co by potřebovalo vaše tělo?“

„No nadechnout se přece, to je jasné. Ale já to z nějakého důvodu nedělám... divný...“

„Co vám přijde divný?“

„Že něco potřebuju a stejně to neudělám.“

Terapeutovy nabídky ke zvyšování uvědomění v podpurném vztahu postupně vedou Vojtu k rozpoznání vlastního opakujícího se vzorce. V dalším průběhu terapie pak za tento vzorec přijímá zodpovědnost a postupně se od něj osvobozuje, učí se alternativě: všimát si tělesných signálů souvisejících s vlastními potřebami a využít k akci impulz spojený s tělesným nepohodlím. Jak po čase Vojta prohlásí: „Když se mi špatně dýchá, tak se narovná. Jo, i obrazně to myslím.“

Dialogická perspektiva. Po své formativní zkušenosti s otcovskou autoritou se Vojta vůči druhým automaticky staví do podřízené, poslušné pozice. Fenomény zmíněné výše (projekce potřeb na druhého a retroflexe impulzů k naplnění potřeb) z dialogické

perspektivy nepřipisujeme klientovi, ale chápeme je jako spolu-utvářené klientem i terapeutem.

Vojta mluví potichu, dívá se do země a dýchá velmi mělce. Terapeut: „Mohl byste mi říct, jak se teď tady se mnou cítíte?“

„Cože?... no, normálně...“

„Všiml jsem si, že skoro nedýcháte.“

„Jo, no to... já..., jo, máte pravdu, nedýchám.“

„Mohl bych udělat něco pro to, aby se vám se mnou lépe dýchalo?“

„Cože? ... To je divná otázka... teda pardon, nezlobte se.“

„Jak se vám dýchá teď?“

„Je to lepší... Jak jste to udělal?“

„Nevím, nějak jsme to udělali spolu asi... Nemáte vy nějaký nápad, jak se to mohlo stát?“

To zásadně důležité se nyní v terapii odehrává na vztahové rovině. Vojta s terapeutem na jedné straně sklouzávají do navyklého vzorce, kdy se Vojta podřizuje a terapeut vystupuje z pozice autority. Na druhé straně má ale Vojta možnost si utvořit novou vztahovou zkušenost s autoritou, která se zajímá o jeho názor a je ochotna se přizpůsobit jeho potřebám. Taková opakovaná zkušenost s terapeutem v průběhu terapie vede k jeho většímu sebevědomí a odvaze k vymezování se v kontaktu s druhými.

Perspektiva teorie pole. Necitlivost k vlastním potřebám a retroflexe jsou fenomény pole přesahující jak klienta jako jednotlivce, tak i vztah klienta s terapeutem. Tyto fenomény ukazují, jakým způsobem se pole organizuje. Klient i terapeut jsou funkcí aktuální organizace pole, jsou strženi proudem situace.

Vojta mluví potichu, dívá se do země a dýchá velmi mělce. Terapeut si toho všimne

a pak přesune pozornost z klienta zpět na sebe, na svůj prožitek teď a tady, zejména na své vlastní tělo. Uvědomí si, že i on nedýchá volně, sedí na židli mírně předkloněný a snaží se přijít na to, jak by bylo dobré s takto utlumeným klientem pracovat. Když si to uvědomí, opře se do křesla, nadechne se a s výdechem se uvolní. Pustí nároky, které si na sebe kladl a ukotví se kontaktem nohou se zemí. Cítí se volněji, podívá se na Vojtu, s úlevou se pousměje.

Vojta na něj tázavě pohlédne, pak se zadívá zpět do země. Po chvíli mlčení se obrátí a terapeuta: „Víte, já jsem s vámi vlastně dneska chtěl mluvit o něčem jiném...“. Mluví hlasitěji a častěji se přitom dívá na terapeuta, dýchá víc zhluboka.

Terapeut tím, že transformuje svůj způsob bytí v situaci, otevírá možnost, aby se pole uspořádalo novým způsobem. Z proměněného pozadí se může vynořit nová figura. Terapeut se nesnaží Vojtu ani jejich vztah měnit. Přijetím situace, jaká je, se otevírá možnost k její proměně.

ZÁVĚR

Snad by bylo možné na velmi obecné úrovni říct, že klienti k nám do psychoterapie přicházejí proto, že touží po změně. Taková změna může mít pro každého jinou podobu, podstatné pro nás však je, že jí klienti nejsou schopni dosáhnout vlastními silami. Jejich současná životní situace jim přináší trápení různého druhu a oni doufají, že díky psychoterapii se jejich život zlepší. My, psychoterapeuti, klienty do terapie přijmeme a začneme s nimi pracovat. Implicitně se tím zavazujeme k tomu, že jim k vytoužené změně budeme pomáhat. Vzájemná domluva o vstupu do terapie má tento etický rozměr. Jako psychoterapeuti

bereme na sebe určitý díl zodpovědnosti za změnu, která se v psychoterapii stane.

Situace však není tak jednoduchá, protože klienti mohou toužit po změně něčeho, co v terapii zařídil nelze (aby se ke mně žena zase vrátila; abych se zbavila úzkosti; apod.). Často si také až v průběhu terapie vyjasní, co vlastně chtějí měnit. Na druhé straně ani terapeuti si dopředu nemohou napláňovat, jakou podobu terapeutická změna nabere a jak se bude vyvíjet. Pokud tedy naši práci průběžně přizpůsobujeme proměňujícímu se psychoterapeutickému procesu, má pak závazek, který na sebe jako terapeuti přijetím klientů do terapie bereme, značně neurčitou podobu. Souhlasíme s tím, že budeme klientům pomáhat se změnou, o které ale ani oni, ani my nic moc jasného dopředu netušíme. Navíc v setkání s klientem jsme přítomni nejen jako profesionálové napomáhající procesu změny. Jsme přítomni jako vnímavé lidské bytosti, které jsou v klinických situacích vystavovány prožitkově extrémně silným situacím. Klinická situace nás samé prožitkově deformuje: depresivní situace nás stahuje dolů, panická situace nám otevírá zemi pod nohama, psychotická situace rozmazává naše hranice, obsesivně-kompulzivní situace nás svírá, traumatická situace nás uhrane. V situaci teď a tady se spolu s klientem stáváme součástí dynamiky depresivního, psychotického, panického, obsesivně-kompulzivního, traumatického nebo jiného psychopatologického pole. I když samozřejmě trápení každého klienta má jedinečnou povahu, a tak i každá klinická situace nás samé trápí specificky.

Všechno to zažíváme dobrovolně a z dobrých důvodů. Rozhodujeme se nechránit sami sebe pomocí našich znalostí, diagnos-

tických dovedností, profesních zkušeností nebo autority. Na terapii si nebereme bílý plášť. Otvíráme se v mezilidském kontaktu, což nám umožňuje vstoupit do utrpení druhého a být přítomni utrpení aktualizovaného v situaci teď a tady. Abychom se setkali s klientem jako s lidskou bytostí a ne jen jako se sadou symptomů, zdá se nevyhnutelné takto „riskovat sami sebe“ (Buber, in Anderson, 1997, 85).

Aby s námi takto silné pohyby klinické situace prožitkově příliš nesmýkaly, je dobré mít pevné madlo, kterého se můžeme držet. V setkání s klientem nemůžeme zůstat jen sami dva, v terapeutickém vztahu potřebujeme mít ještě pro sebe silnou podpůrnou třetí stranu (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013). Tímto způsobem můžeme použít naše zkušenosti, znalosti a autoritu. Používáme je ne jako štít chránící nás před osobním ohrožením klinickou situací, ale spíše jako držadlo, které nám dovoluje plynout s pohybem situace a zároveň se postarat o vlastní bezpečí. Potřebujeme se držet, ukotvovat, věřit tomu, co děláme. Proces změny se odvíjí často neočekávaným a nepředvídatelným směrem. Potřebujeme vlastní smysluplnou teorii změny, pomocí které proces změny uchopíme.

Tento text se pokouší ukázat, jak teorie změny – tedy určité porozumění tomu, co se v terapii odehrává a jaká je úloha terapeuta v takovém procesu – může sloužit terapeutovi jako zdroj sebe-podpory v náročné klinické situaci. Podstatné je přitom nezaměňovat teorii změny za změnu samotnou. Teorie změny představuje naše porozumění a nabízí užitečná vodítka pro terapeutickou práci. Před změnou samotnou si ale pokorně přiznáváme omezenost naší teorie. Teorie nám v zásadě neříká, co se

opravdu děje. Říká, že existuje způsob jak tomu, co se děje, můžeme rozumět. O to se pak můžeme opřít, zůstat i v náročné situaci v klidu, svobodně a pravdivě přítomni, pouštět očekávání a držet naději. Zapomenout teorii a být připraveni setkat se.

Poznámka: Děkuji mnoha svým kolegům-přátelům, zde hlavně G. Francesettimu a S. Dudové. V rozhovorech s nimi se mi nasvědcovaly a zatemňovaly myšlenky, které pak nabraly podobu tohoto textu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Beisser A. (1970), *The Paradoxical Theory of Change*, in Fagan J. and Shepherd I., eds., *Gestalt Therapy Now*, Harper, New York.
- Buber, M. (1937). *I and Thou*. T. & T. Clark.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013), *Gestalt Therapy Approach to Psychopathology*, in Francesetti G., Gecele M. and Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, Franco Angeli, Milano, 59–75.
- Francesetti, G., Griffero, T. (2019). Introduction. In: Francesetti, G., Griffero, T. (eds.). *Neither Inside Nor Outside. Psychopathology and Atmospheres*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, pp. 1–5.
- Francesetti, G., Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences*. In Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano, Franco-Angeli, 439–465.
- Francesetti, G., Roubal, J. (2020, in press). *Field Theory in Contemporary Gestalt Therapy. Part 1: Modulating the Therapist's Presence in Clinical Practice*. *Gestalt Review*.
- Gabbard, G. O. (2000). *Disguise or consent: Problems and recommendations concerning*

- the publication and presentation of clinical material. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 1071–1086.
- Jacobs, L. (1995). Dialogue in gestalt theory and therapy. In Hycner, R., Jacobs, L. (eds.). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. New York: Gestalt Journal Press, 51–84.
- Jacobs, L. (2018). Comment. In Spagnuolo Lobb M., Bloom D., Roubal J., Zeleskov Djoric J., Cannavò M., La Rosa R., Tosi S., & Pinna V. *The Aesthetic of Otherness: meeting at the boundary in a desensitized world. Proceedings*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy, pp. 37–40.
- Lewin K. (1952). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. New York, NY: Harper & Brothers.
- Parlett M. (2005). *Contemporary Gestalt Therapy: Field Theory*. In: Woldt A. L., Toman S. M. (eds.), *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. London: Sage.
- Perls F., Hefferline R. F., Goodman P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. Highland, NY: Gestalt Journal Press; Gouldsboro, ME: Gestalt Journal Press, 1994.
- Philippson, P. (2009). *The Emergent Self. An Existential-Gestalt Approach*. London: Karnac Books.
- Philippson, P. (2019). We Can be Together, but You and Me can Meet (Topics in Gestalt Therapy Book 4). Kindle Edition, https://www.amazon.co.uk/Together-Meet-Topics-Gestalt-Therapy-cbook/dp/B06Y1D2X14/ref=sr_1_12?keywords=philippson&qid=1557160100&s=digital-text&sr=1-12
- Robine J.-M. (2008). Le fond du champ. En arrière-plan du concept. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 22,1: 197–210.
- Roubal, J. (2019) Theory of change in Gestalt therapy clinical work. Preface. In Francesetti, G., Vázquez Bandín, C., Reed, E. (eds.) *Obsessive-compulsive experiences: a Gestalt therapy perspective*. Madrid, Los Libros del CTP.
- Roubal, J. (2019). Surrender to hope: The therapist in the depressed situation. In: Francesetti, G., Griffero, T. (eds.). *Psychopathology and atmospheres: neither inside nor outside*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 60–101.
- Smuts, J. C. (1926). Holism and evolution. The Macmillan company, New York.
- Spagnuolo Lobb, M. (2005). Classical Gestalt Therapy Theory. In Woldt, A.L., Toman, S. M. (eds.). *Gestalt therapy: history, theory, and practice*. Sage Publications, 21–40.
- Spagnuolo Lobb, M. (2013a). Fundamentals and Development of Gestalt Therapy in the Contemporary Context. In Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano, Franco-Angeli, 27–54.
- Spagnuolo Lobb, M. (2013b). *The Now-for-Next in Psychotherapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Staemmler F. M. (2006). A Babylonian Confusion? On the Uses and Meanings of the term Field. *British Gestalt Journal*, 15,2: 64–83.
- Vázquez Bandín C. (2014). *Sin tí no puedo ser yo. Pensando según la terapia Gestalt*. Los Libros de CTP, Madrid.
- Yontef, G. (2005). Gestalt therapy theory of change. In Woldt, A. L., Toman, S. M. (eds.). *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. London, Thousand Oaks: Sage, 81–100.
- Zinker, J. (1977), *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Vintage Books.

Došlo do redakce 23. 4. 2020, v revidovaném znění 9. 6. 2020. K publikaci přijato 16. 6. 2020.

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, sebepečce.

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 zvládání 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 tyto 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 emocionální 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 psychoterapeutické 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. Nej-dramatičtějším 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 explorační. 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 méj 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,

které 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 sebepodpory 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 nedorešeného 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 požadavků.

Problémy s formováním figury se samo-

zřejmě promítají i do práce traumatizovaných terapeutů. Jedni mají tendenci tékat 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 psychotherapeutický 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 prožité trauma vysocce 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 dovednosti 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 přerorganizování klientova prožívání pomocí nových zkušeností. Výsledkem je rozšíření pole, jeho komplexnější organizace a diferenciací. 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 spojení. Musí však zůstat terapií.

Domnívám se, že míra sdílení se může lišit. V případě, že jsme traumatizováni 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 traumatizováni, 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 určité 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 meditaci. 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.
- Profesní 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. Naprostou 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.

FENOMÉN SETKÁNÍ V PSYCHOTERAPII

The encounter phenomenon in psychotherapy

Michal Perníčka

Privátní ambulance klinické psychologie, Zlín, CZ; e-mail: michalpernicka@seznam.cz

Psychoterapie. 14 (2), 111–123; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Článek přináší shrnutí původního kvalitativního výzkumu zaměřeného na epizody zvláštní blízkosti mezi terapeutem a klientem, v teorii Martina Bubera nazývanými Já-Ty momenty. Tyto vztahové epizody můžeme zařadit z hlediska teorie výzkumu psychoterapie mezi tzv. významné události v psychoterapii s potenciálem navození terapeutické změny. Výzkum byl zaměřený na pohled praktikujících terapeutů na tento fenomén, protože to jsou především oni, kdo modulují způsob interakce s klientem. Data byla získána od 49 českých i zahraničních psychoterapeutů s různou mírou zkušenosti, většina respondentů byli představitelé Gestalt psychoterapie, ale byly zastoupeny i další terapeutické školy. Cílem článku je kromě přiblížení a porozumění fenoménu nabídnout k úvaze jaké kompetence nebo naopak zábrany na straně terapeuta mohou podpořit či omezit vznik těchto intenzivních momentů v psychoterapii. Výsledky výzkumu jsou v souladu s dosavadními pracemi na toto téma a rozšiřují jeho empirické poznání.

Klíčová slova: terapeutický vztah, významné události v psychoterapii, momenty Já-Ty

ABSTRACT:

The article summarizes the original qualitative research focused on episodes of very close contact between the therapist and the client, such episodes are called I-Thou Moments in Martin Buber's theory. From the point of view of psychotherapy research theory these relationship episodes can be classified as so-called significant events in psychotherapy that bear the potential for therapeutic change. The research was focused on the perspective of practicing therapists on this phenomenon as it is primarily them who modulate the contact with clients. Data were obtained from 49 Czech and foreign psychotherapists with various degree of experience, most of the therapists were representatives of Gestalt psychotherapy, but other therapeutic approaches were also represented. The aim of the article is to present and understand the phenomenon and discuss what are the competencies or barriers on the part of the therapist to support or prevent the emergence of these intense moments in psychotherapy. The results of the research are in line with previous work on this topic and extend its empirical knowledge.

Key words: therapeutic relationship, significant events in psychotherapy, I-Thou moments

PROLOG

V počátcích své psychologické kariéry jsem pracoval na oddělení léčby závislostí jedné psychiatrické nemocnice. Kromě pacientů přicházejících dobrovolně tam byli přijímáni také ti, kteří měli vykonat soudem nařízenou ústavní ochrannou léčbu. Dodnes si vybavuji jednoho z těchto lidí, dvoumetrového urostlého muže, který se pod vlivem alkoholu opakovaně dopouštěl těžkých ublížení na zdraví. Byl přijat s diagnózou disociální poruchy osobnosti, byl mnohokrát soudně trestán a šla s ním pověst rváče a potíživce. Velmi neochotně se podroboval řádu oddělení, na léčbě spolupracoval jen formálně, z vnějšího donucení, bylo těžké jej začlenit do komunitní či skupinové práce. Pár týdnů po jeho nástupu jsem s ním měl provést pohovor. Seděli jsme v pracovně naproti sobě, neochotně mně odpovídal na dotazy, nicméně po chvíli se více rozhovořil o svém dětství. Vyrůstal v dysfunkční rodině, kde otec téměř denně pil alkohol a následně napadal jeho matku, či byl jinak agresivní. Pacient vzpomínal na to, jak od doby, co si pamatuje, když slyšel v noci z kuchyně hluk, vstal z postele a šel se postavit před svou matku, aby ji chránil. Vždycky schytl od otce facku a byl vyhozen zpět do svého pokoje. Tak to šlo rok za rokem, on rostl a čekal na den, kdy bude dost silný na to, aby se otci ubránil. To přišlo někdy v jeho patnácti letech. Tehdy poprvé se mu podařilo otce přeprat, vyhodit ho z bytu a zabránit tomu, aby znovu bil matku či jeho. Akorát že u toho nezůstalo a časem se z něj stal podobný opilec a násilník jako z jeho otce. Vzpomínám si, jak se ve mně něco změnilo ve chvíli, kdy mi líčil podmínky, ve kterých vyrůstal a jak se jim svými dětskými silami snažil čelit.

Najednou přede mnou neseděl ten problémový, krajně nesympatický pacient. Prožíval jsem autenticky lítost a zároveň obdiv k tomu, co jako kluk dokázal, jakkoliv se to dále v jeho životě ukázalo jako nefunkční chování. Popsal jsem mu, co v tu chvíli cítím, a změna v mém nastavení vůči němu navodila změnu i na jeho straně. Doteď si živě vybavuji, jak hovor utichl a u něj i u mě se objevily v očích slzy. Nemohu mluvit za něj, ale připadalo mi, jako by zažíval, že ho po dlouhé době někdo skutečně vidí v jeho celistvosti a neodsuzuje ho. Ten moment trval ve skutečnosti asi krátce, ale pocitově velmi dlouho. Po skončení tohoto pohovoru nenásledovala žádná zázračná změna, co se týká osobnostního nastavení pacienta, ale jeho chování na oddělení se změnilo. Ubylo konfliktů mezi ním a druhými, začal se i více zapojovat do programu. Mé další setkávání s ním bylo povětšinou příjemné a vzájemně respektující. Ten vlastní moment tak nepravděpodobného napojení se, napříč všem negativním okolnostem, které tam byly přítomny, je pro mě dodnes zůstává velmi silnou vzpomínkou.

ÚVOD

Tímto zážitkem jsem chtěl ilustrovat předmět této studie, prchavý okamžik setkání neobvyklé kvality, který se tu a tam vynoří v našem osobním životě i v naší terapeutické praxi, jehož sílu dokážeme cítit i po relativně dlouhém čase. Je to fenomén subtilní, těžko uchopitelný slovy, tudíž i výzkumnými nástroji, ale terapeuti o něm opakovaně referují jako o něčem významném pro jejich práci. Idea výzkumu tohoto tzv. *fenoménu setkání* v podmínkách psychoterapie vznikla právě ze zájmu praktikujících terapeutů. Na samém počátku tohoto konkrétního vý-

zkumu byly hovory s PhDr. Antonínem Šimkem, psychoterapeutem, učitelem a supervizorem, který uváděl, že ho v terapii vždycky fascinovala místa, kde se dva lidé na sebe zcela vyladí a jako by se mezi nimi odehrálo něco magického. Výzkumný zájem o fenomén setkání v psychoterapii, zdá se, postupně narůstá. Pozoruhodná je zejména týmová práce rogeriánských terapeutů a výzkumníků soustředěných kolem University of Strathclyde v Glasgow (např. Cooper, 2005; Knox, Cooper, 2010) a to včetně vytváření vlastních nástrojů měření fenoménu. Agregace poznatků o fenoménu je však zároveň ztěžovaná absencí jednotící terminologie. Můžeme se setkat s označeními fenoménu jako např. „*záračné momenty*“, „*transcendentální fenomén*“, „*posvátné momenty*“, „*vztahová hloubka*“, a další (Pernička, 2016). V českém prostředí se vžil označení „*fenomén setkání v psychoterapii*“, které apriori nezdurazňuje východiska žádné konkrétní terapeutické školy.

Na pozadí jednotlivých přístupů a studií můžeme však téměř vždy vystopovat myšlenky předního filosofa dialogu Martina Bubera, zejména pak jde o jeho dílo „*Já a Ty*“ (1969). Buber pojednává o dvou dimenzích vztahu: vztahování se v modu *Já-Ty* oproti druhému, praktickému, modu vztahování, který nazývá *Já-Ono*. Podle Bubera se vztah *Já-Ty* může nacházet ve třech možných sférách: v životě s přírodou, v životě s lidmi a v životě s duchovními jsoucnostmi (s Bohem). Zaměříme-li se na svět lidí, můžeme vztah *Já-Ty* charakterizovat jako spolubytí, kdy jsem s druhým, jsem s ním cele a plně, nesnažím se mu porozumět, nebo ho pozorovat, nebo mu pomáhat, či ho něčemu učit, v tomto druhu



**Michal
Pernička**

Mgr., Ph.D. Pracuje jako klinický psycholog v privátní ambulanci ve Zlíně, zaměřuje se především na psychoterapii dospělých. Je trenérem a supervizorem Českého institutu pro výcvik v Gestalt psychoterapii – Dialog. Jako hostující trenér působí i v zahraničí, je certifikován institutem GATLA.

vztahu se ztrácí distance mezi námi. Z tohoto způsobu existenciálního dialogu pak může čas od času vyplynout určitý vrcholný a velmi intenzivní zážitek hlubokého setkání, nazývaný „*moment Já-Ty*“, což je v kontextu psychoterapie ekvivalent fenoménu setkání v psychoterapii. Buber sám formálně nerozlišoval mezi procesem *Já-Ty* a momentem *Já-Ty*, toto rozdělení rozpracovali psychoterapeutičtí autoři (např. Jacobs, 1978). Je nezbytné zdůraznit, že přestože je tento moment velmi intenzivní a strhává na sebe pozornost, nevznikl by bez vytrvalé terapeutovy práce na dialogickém vztahování se, která je zásadní. A samozřejmě terapeutická práce může být dialogická a úspěšná, i když se tento vrcholný moment nedostaví (Jacobs, 1998).

Hycner v předmluvě své knihy uvádí k dialogickému setkání, že každý z nás tajně a zoufale touží po tom být potkán – být rozpoznán ve své jedinečnosti, své úplnosti a své zranitelnosti. Toužíme po tom být

upřímně ocenění druhými za to, kdo jsme, a dokonce i za to, že jsme. „...*Paradox lidské duše je, že nemohu být plně sám sebou, dokud nejsem rozeznán v mé jedinečnosti druhým – a že druhý člověk potřebuje mé rozpoznání, aby se mohl plně stát tím jedinečným člověkem, kterým je. Jsme neoddělitelně propleteni*“ (Hycner, Jacobs, 1995).

Z domácích autorů můžeme uvést Vymětala (1996), který dodává, že fenomén setkání obsahuje momenty, ke kterým dochází při meditaci, a snad se jedná o oblast hraničící s mystickou zkušeností, ovšem v našem případě je důležité, že navození těchto krátkých a prchavých stavů „změněného vědomí“ dosáhneme lidskou vztahovou blízkostí, vytvořenou otevřeností druhému a jeho přijetím, empatií a rozhovorem. Lidé se spontánně „ponoří“ do něčeho, co lze nepřesně přiblížit a nazvat „společným základem“, prožívají jednotu, která dokonce může přispět i k vyrovnání se s takovou skutečností, jako je naše konečnost. Chvilé setkání dodávají vnitřní sílu a jsou lidmi, kteří je prožili, zpětně hodnoceny jako nesmírně příjemné potvrzení a posílení sebe sama, tedy vlastní identity.

Když se zaměříme na fenomén setkání v psychoterapii z hlediska teorie výzkumu v psychoterapii, potom jeho výzkum spadá nejspíše do oblasti tzv. paradigmatu významných událostí v psychoterapii, jehož průkopníkem byl Robert Elliot (např. 1983a,b). Ten argumentuje, že naprostá většina praktiků a teoretiků psychoterapie vítá zaměření výzkumu na klíčové, kritické, rozhodující, signifikantně prospěšné či naopak brzdící události v terapeutickém procesu. Tento typ výzkumu, přestože nepřináší rovnou možnost zobecnění na po-

pulace nebo prostředí, může pomoci terapeutům rozpoznat, rozvíjet a využívat momenty, ve kterých jsou klienti nejvíce otevření možnosti změny. Studie spočívají ve fenomenologickém pozorování specifických událostí změny v terapii a jejich detailní analýze.

VÝZKUM

Cílem prezentované studie bylo získat popis a porozumění fenoménu setkání v psychoterapii z pohledu psychoterapeutů a porozumění jeho vlivu na průběh psychoterapie (existují i studie zaměřené na pohled ze strany klientů a potvrzuje se, že se jedná do značné míry o zážitek vzájemný). Smyslem výzkumu pak bylo rozšíření povědomí terapeutů o těchto intenzivních, a tím možná i obavy vzbuzujících zážitcích, které představují výzvu pro terapeutovo prožívání a jeho roli v procesu psychoterapie. Terapeuti jsou správci prostředí psychoterapie, především oni určují, jakou podobu bude mít prostor setkávání s klientem a jakou povahu bude mít dialog, který s klientem nastolí. V této studii navíc došlo i k určitému prolnutí pohledů na fenomén, kdy větší část výzkumného souboru, přestože se jednalo o terapeutů, popisovala fenomén setkání z pozice své vlastní zkušenosti v roli klienta.

Výzkumná data byla získána trojím způsobem: pomocí semistrukturovaných rozhovorů, ohniskových skupin a analýzy textových dokumentů. Pro uvedení respondentů do tématu při dotazování i při ohniskových skupinách byl použit vždy stejný citát prof. Vymětala: „Ve vztahu s pacientem někdy nastane zvláštní subjektivní přiblížení mající neobvyklou kvalitu. Jsou to chvíle velmi intenzivní blízkosti, kdy

dochází k jakémusi splývání na chvíličku – zdůrazňuji na chvíličku; není to psychotický stav, kdy by člověk ztrácel vlastní identitu. Vědomí našeho já se na chvíli oslabí, avšak za chvíli se vynoří posilněné ze setkání s druhým člověkem“ (Vymětal, 1996). Následovala série otevřených otázek směřující k zachycení zážitků tohoto typu z vlastní zkušenosti dotazovaných a vnímaných důsledků pro daný psychotherapeutický proces. V rámci analýzy textových dokumentů byly se svolením autora Antonia Santose zkoumány jím pořízené rozhovory na téma „záračných momentů“ s předními zástupci různých terapeutických směrů.

Výzkumný soubor postupně narůstal až do okamžiku dostatečné saturace dat. Cílem bylo vytvoření dostatečně pestrého souboru zachycujícího různé zkušenosti terapeutů s fenoménem setkání v situaci psychotherapie, který by umožnil jeho reprezentativní popis. Výzkumný soubor se skládal z pěti různých částí:

1. soubor převzatý z vlastního předchozího výzkumu na dané téma (Pernička, 2002) tvořený 7 psychotherapeuty různých terapeutických přístupů, šest z nich bylo vysoce zkušených supervizorů či výcvikových lektorů, jeden byl začínající terapeut na počátku kariéry. Respondenti reprezentovali terapeutické přístupy psychodynamický, psychoanalytický, Gestalt, PCA, systemic-ký a eklektický/KBT.

2. výzkumný soubor v podobě již hotových rozhovorů vytvořených A. Santosem (2003) se 7 předními představiteli různých směrů. Respondenty byli: Carl Rogers, Erving Polster, Eugene Gendlin, John Grinder, Virginia Satir, Murray Stein a Robert Nemiroff, kteří reprezentovali teoretické přístupy: PCA, Gestalt, Focusing, NLP,

rodinnou terapii, jungiánský a psychoanalytický.

3. 3 ohniskové skupiny (po 4, 12 a 9 účastnících) vytvořené ze tří různých výcvikových komunit Českého institutu pro výcvik v Gestalt psychotherapii – Dialog. Frekventanti se nacházeli v první polovině výcvikového programu, který je převážně naplněn sebezkušenostní prací, často se tak vyjadřovali k zážitkům setkání z klientské pozice.

4. mezinárodní soubor pocházející z výcvikové komunity Gestalt psychotherapie, jednalo se o účastníky 12denního workshopu pořádaného institutem GATLA v červenci 2014 ve Splitu. Následného korespondenčního dotazování se zúčastnilo 9 respondentů na různých úrovních tréninku, pocházejících ze Singapuru, Chorvatska, Norska, Kanady, Litvy, Brazílie a Slovinska.

5. osobní rozhovor s expertem Richardem Hycnerem, autorem několika publikací zaměřených na aplikaci Buberova dialogického přístupu v psychotherapii s akcentem na vztahování se Já-Ty.

Celkově obsahoval výzkumný soubor 49 terapeutů (23 mužů a 26 žen) a nabídl triangulaci výzkumných dat pocházejících z více zdrojů, metod, výzkumných souborů, odlišného prostředí, zkušenosti i teoretického zázemí respondentů. Jako autor jsem průběžně prezentoval a konzultoval výsledky a tím zůstával otevřen připomínkám a námětům odborné veřejnosti. Možné zkreslení může vyplývat z výběru účastníků výzkumu, které spojuje zájem o momenty setkání v psychotherapii. Respondenti byli vyhledáváni v prostředích, ve kterých bylo možné výskyt fenoménu očekávat. Tato motivace je však přiznaná a odpovídá fázi

výzkumu fenoménu, kdy se snažíme o jeho lepší uchopení, popis a význam. V této fázi jsem se např. nesoustředil na to, proč se fenomén v některém prostředí naopak nevyskytuje, i když i to by bylo potenciálně bohatým zdrojem informací o něm. Pro analýzu dat jsem použil dříve osvědčenou metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která byla aplikována na doslovné přepisy všech rozhovorů. Tento druh obsahové analýzy zapadá teoreticky k tématu výzkumu i metodologii získávání dat.

ZPRÁVA O VÝZKUMU

Zpráva o výzkumu je rozdělena do několika podkapitol, má formu diskuse s výsledky analýzy výpovědí terapeutů o zážitku setkání, jak ho znají ze své psychoterapeutické praxe i ze své vlastní terapie v pozici klientů. V uvozovkách jsou uváděny přímé citace respondentů k dané obsahové kategorii.

a) *Zážitek setkání*

Respondenti v naprosté většině případů sami někdy zažili fenomén setkání v psychoterapii. Pokud jsou však rozhovory méně zacílené k tomuto konkrétnímu zážitku, jako tomu bylo v případě rozhovorů A. Santose se zahraničními experty, získáváme méně detailní popis, přesto však potvrzující momenty silného, kvalitativně odlišného setkání v rámci psychoterapie – např. „*něco hlubokého ve mně co je skutečně napojeno na něco velmi hlubokého u toho druhého člověka*“. Když terapeuti popisovali konkrétní vzpomínku, nebo když sdíleli toto téma při ohniskové skupině, zážitky staré mnohdy řadu měsíců i let, vyvstávaly zřetelně z paměti včetně detailů, vybavovala se k nim částečně i jejich původní intenzita a dostavovalo se emoční

pohnutí – např. „*mě z toho až mrazí, jak o tom mluvíme*.“ Potvrzují se tím charakteristiky typické pro tzv. významné události v psychoterapii, mezi které zřejmě můžeme fenomén setkání zařadit. Ve výskytu zážitku nebyl rozdíl mezi zahraničními či českými respondenty, nebyl zjištěn ani rozdíl mezi začínajícími terapeuty a experty s tím, že ten, kdo fenomén prožil a ocenil ho, má k němu pomyslně otevřenou cestu a může se u něj dostavovat častěji – např. „*vím, jakým způsobem se chovat, abych se tomu přiblížil*“, byť fenomén samotný nelze přímo navodit. Většina respondentů byla svým zaměřením Gestalt psychoterapeuti, ale výskyt fenoménu potvrzovali i představitelé dalších směrů humanistických, dynamických i systemických. K zážitku se objevilo pouze několik málo alternativních vysvětlení, např. „*chvilkový přenos a protipřenos*“, přičemž naprostá většina respondentů umísťovala tento zážitek do oblasti tzv. skutečného vztahu (tj. část psychoterapeutického vztahu bez přenosových distorzí). Velká shoda panovala na tom, že se jedná o výrazný zážitek vyskytující se i v ostatních mezilidských vztazích, a to s obdobnými charakteristikami i frekvencí jako zážitek v psychoterapii. V jedné ohniskové skupině byl tento fenomén vztažen také k prožitku plného kontaktu s Bohem, což odpovídá Buberově pojetí o Já-Ty vztahu odehrávajícím se ve třech možných sférách: v životě s přírodou, v životě s lidmi a v životě s duchovními jsoucnostmi. Výpovědi jednotlivých respondentů spolu vzájemně korespondovaly, terapeuti se vyjadřovali převážně ke shodným kategoriím, místy používali i stejné slovní obraty. Zdá se, že respondenti popisují stejný, nebo velmi podobný zážitek.

b) Charakteristiky fenoménu

Nejvýraznější charakteristikou vyplývající z analýzy záznamů rozhovorů je téma nazvané souhrnně „spolubytí“. Toto téma odkazuje na silně vnímané vzájemné prožívání okamžiku. Přestože se párkrát objevila pochybnost o tom, zda si terapeut skutečně uvědomuje, co všechno se v momentu setkání odehrává na straně klienta, výrazná většina respondentů byla přesvědčena o vyladění se, které je vzájemné. Více než skeptických hlasů bylo těch, které uváděly naopak až možnost splnutí, jakési momentální ztráty hranic mezi dvěma lidmi a plného ponoření se do společného prožitku. Častěji se také objevovaly zmínky o tom, že se v těchto chvílích terapeut jako by napojil na nějakou přesahující sílu či intuici, která mu pomáhala řídit situaci. Několik terapeutů hovořilo o spirituální dimenzi zážitku. Je možné, že tato připisovaná charakteristika může souviset s existenciálními tématy, s pohnutím pramenícím z doteku s druhou lidskou bytostí, s přemostěním jinak nepřekročitelné existenciální osamělosti – např. „*vystoupení ze samoty*.“ Buber a pokračovatelé jeho díla také hovoří o realizaci vlastního lidství skrze takto hluboký kontakt – zde např. „*je prostě něco nějakýho lidskýho za tím*.“ Respondenti v rámci tohoto tématu popisovali velmi intimní prostor blízkosti, sdílení a spoluprožívání – např.: „*v té chvíli jsem cítil to stejné co ona*“, nebo „*cítili jsme sílu a divokost jeden druhého*“. Popisovali unikátní vyladění se na druhého člověka – např.: „*ona to cítila, že já jsem to cítil*“, nebo „*a já jsem rozuměla, že ji teď vidím v její celé opravdovosti, jaká je a jaké to pro ni je*“.

Tato zastřešující charakteristika spolubytí byla doprovázena dalšími čteně zastou-

penými tématy, kterými bylo potvrzení, přijetí, podpora a porozumění. Jedná se o charakteristiky dobrého terapeutického kontaktu obecně, nicméně zde jako by dosahovaly pomyslného vrcholu – např.: „*v tomto zážitku je poznání toho druhého, jeho světa, jeho fenomenologie nejčistší*“, „*rozumíme jeden druhému beze slov*“, „*daleko větší přijetí nebo porozumění*“, nebo „*připadala jsem si skutečně viděná*“. Z teorie psychoterapie tyto popisy odpovídají konceptu inkluze, který prosazoval Martin Buber. Jedná se o schopnost pomyslně se postavit do bot druhého člověka a zažívat, jaké to pro něj asi je při podržení si vlastní fenomenologie a sdílení tohoto prožívání. Popis také odpovídá Rogersovým třem podmínkám dobrého terapeutického vztahu: empatie, kongruence a nepodmíněné pozitivní přijetí. Zážitek pochopení a přijetí je z pozice klienta vnímán jako výrazně podpůrný a posilující – např.: „*mohla jsem být sama sebou beze studu*“. Tyto charakteristiky mají potenciál přispívat ke krátkodobému i dlouhodobému terapeutickému efektu – např.: „*nikdy nezapomenu na jeho odpověď*“, vytváří také z prostředí terapie bezpečné, přijímající místo.

Jednoznačná shoda při popisu fenoménu panovala mezi respondenty v kladení důrazu na emoční prožívání a kontakt odehrávající se na jiné než rozumové rovině – např.: „*jsem vlastně vypnul úplně mozek, já jsem prostě vypnul myšlení*“, „*většinou vhrknou slzy do očí*“, „*tam se neodehrává nic moc myšlenkového, dokonce ani vzpomínka*“, „*je to setkání bez účasti kognice, bez přítomnosti reflektování tohoto zážitku*“. Komplementárně k tomu byl uváděn důraz na přemýšlení jako na jeden ze způsobů, jak výskytu zážitku bránit. Výsledkem tohoto ne-

poměru emocí a kognice pak může být také hojně zastoupena charakteristika „nesnadná reflexe zážitku“, kdy zážitek má sílu sám o sobě, ale je těžké ho později interpretovat – např.: „*je to prostě neuchopitelný, že se o tom těžko mluví*“, „*ten zážitek šel za slova*“, „*nevím, nakolik si můžu dovolit to popísat*“, nebo „*člověk je víc v tom než nějak nad tím, že by viděl, co se děje*“. Setkání se může často odehrát v mlčení nebo v doteku. Buber toto vystihuje komentářem, že svět Já-Ty je nepřehledný, chceš-li jej učinit přehledným, ztrácíš jej. Toto představuje paradox výzkumu, ve kterém cílíme na zpřehlednění fenoménu, který se ale ze své podstaty vzpírá takovému uchopení. Respondenti pro jeho popis často například používají metafory. Rozebráním na jednotlivé charakteristiky fenomén ztrácí ze své působivosti.

Společně s charakteristikou důrazu na prožívání bylo také čteně zastoupeno související téma „intenzita“. Skrze toto téma můžeme fenomén pomyslně vyčlenit z jiných kontaktních epizod v rámci terapie, skrze tuto intenzitu je fenomén rozpoznatelný pro terapeuta i pro klienta a dle popisu respondentů se jedná skutečně o tzv. vrcholné zážitky, např.: „*jako bych byl v transu*“, „*není nic cennějšího než tento moment*“, „*naprosto čistým srdcem*“, „*to bylo úplně fascinující a něco úplně nového*“, nebo „*to mělo takovou hroznou intenzitu*“. Tento intenzivní prožitek provází také tzv. zúžené vědomí, kdy prostředí jakoby ustoupí do pozadí a zůstává fokus pouze na kontakt mezi dvěma lidmi (nebo mezi skupinou), vnímání druhého je ostřejší, čistší. Do pozadí ustupuje vnímání času a rušivých podnětů.

Výskyt zážitku se v odpovědích respon-

dentů spojuje s kvalitou terapeutického vztahu, ale ne nezbytně s jeho kvantitou. K fenoménu setkání může dojít a dochází i při malé známosti terapeuta a klienta, pokud jsou splněny předpoklady, o kterých bude řeč dále, např.: „*trenéra jsem viděl poprvé a taky tam byl zážitek*“. Pozoruhodným zjištěním bylo určité vyzdvižení potenciálu k setkání při sdílení bolestných osobních témat. Zdá se, že toto může být výrazná a praktická charakteristika fenoménu v situaci psychoterapie, kdy terapeut má díky svému výcviku, zkušenosti a teoretickému zázemí kapacitu vydržet s klientem déle na jeho bolestných místech, aniž by se je snažil řešit nebo utěšit – např.: „*jako by nebyl problém bejt* nějak jakoby dole se mnou a nebylo to pro něj nějak ohrožující.“ Hycner uvádí, že to jsou často místa, o kterých se třeba ani nemluví s nejbližšími lidmi. To, že klient není na těchto místech sám, je z terapeutické zkušenosti samo o sobě léčivé. Dalším souvisejícím tématem je výskyt fenoménu setkání i při nesouhlasu s klientem – např.: „*vidím, co děláš, nelíbí se mi, jak přemýšlíš*.“ Tyto výše uvedené charakteristiky vyvádějí fenomén setkání z možné představy o pouze hladícím, pečujícím, empatickém kontaktu. Dávají mu podobu autentického setkání dvou lidí s tím, co je právě v popředí jejich prožívání.

c) Léčebný potenciál fenoménu

Za samostatné vyčlenění stojí druhá nejčastěji zmiňovaná charakteristika fenoménu, kterou je jeho léčebný potenciál. Důraz na něj narůstal u těch výzkumných souborů, kde byli terapeuti požádáni, aby mluvili o zážitku setkání v psychoterapii z pozice, kdy byli sami klienty. Ze získaných dat lze konstatovat, že fenomén setkání v psy-

choterapii v sobě nese výrazný potenciál k terapeutické změně u klienta (a potažmo i u terapeuta, který se slovy Hycnera i Buberů sám na takových místech vystavuje změně). Respondenti popisovali okamžité i dlouhodobé zisky ze zážitku setkání – např.: „*tímhle získávám větší důvěru ve svou přirozenost*“, „*jsem z toho potom strašně dlouhou dobu čerpala*“, „*rozšířila to možnost prožívání s druhými lidmi*“, „*byla jsem uzdravena*“, „*mohla jsem se přijmout*“, „*bod obratu v terapii*“, „*Já-Ty moment je jeden z nejdůležitějších fenoménů v terapii*“. Zážitek setkání zdá se potencuje na straně klienta jeho sebepoznání a sebepřijetí, rozšiřuje jeho schopnost kontaktování se a dialogu s druhými, což jsou podstatné prerekvizity pro terapeutickou změnu. Naplňuje se zde jeden z předpokladů pro výzkum tzv. významných událostí v psychoterapii, od kterého se očekává, že může přinést dokonalejší porozumění procesům psychologické změny a pomoci terapeutům rozpoznat, rozvíjet a terapeuticky využívat momenty, ve kterých jsou klienti nejotevřenější prospěšné psychologické změně.

d) Podmínky pro vznik fenoménu

Z analýzy textů vyplynulo několik podmínek, které napomáhají nebo naopak brání vzniku fenoménu setkání. Na prvním místě je třeba uvést, že respondenti potvrzují opakovaně uváděný fakt, že fenomén nelze cíleně navodit. Buber k tomuto říká, že zážitek setkání se děje z milosti. Usilování o něj naopak zabraňuje jeho výskytu – např.: „*nemyslím si, že toho může být dosaženo vědomou snahou*“, „*nelze ho přimět, aby se objevil*“, „*se k tomu nedá jako vyloženě směřovat*“, nebo „*by se mi to nikdy nepovedlo ve chvíli, kdy bych se cítil,*

že jsem jakoby tlačенý nějak“. Na fenomén z tohoto důvodu nelze nahlížet jako na nějakou intervenci či techniku, kterou by bylo možné v příhodný čas navodit. Je však možné nebránit jeho možnosti objevení se, udržovat postoj, který k němu může vést a nezaleknout se a nepřerušit jej ve chvíli, kdy se objeví. Mezi frekventované charakteristiky fenoménu patřilo téma „*nesnadno dosažitelný zážitek*“, popisující jeho relativní vzácnost – např.: „*zdá se mi to jako hodně vzácný*“, „*jak obtížné je pro většinu lidí se tomuto zážitku vůbec přiblížit*“. Zážitku překáží zdůrazňování sociálních rolí ať už ze strany terapeuta nebo klienta – např.: „*setkání se může dle mého soudu odehrát vždy, když se lidé setkají, bez zatížení sociálními rolmi*“, „*objektivní a akademický*“, „*v další práci byl zase teda jakoby ten anonymní terapeut*“. Ze strany klienta (nahlíženo terapeuty v roli klientů) je pro vznik fenoménu zapotřebí oslabení obran, dovolení otevřít se setkání bez obvyklých defenzivních mechanismů. Domnívám se, že tomuto napomáhá právě prostředí terapie, které dokáže navodit pocit bezpečného místa a povzbuzení k takovému kroku – např.: „*že se přestanu kontrolovat*“, „*jsem to pustila úplně*“, „*získávám odvahu k tomu člověku jako přijít blíž a dát mu nahlídnout do sebe*“, „*spíš odzbrojeně*“. Podstatným zjištěním z hlediska cílů této práce je opakované tvrzení respondentů, že za umožnění zážitku setkání je zodpovědný především terapeut. Lze to vystihnout přibližně, že terapeut je správcem dialogu, je to on, kdo svým příkladem navozuje a ukazuje, jaký dialog je v rámci terapie možný. Téma nastavení terapeuta bylo bohatě syceno různými citáty, které se zabývaly především terapeutovou ochotou vstoupit

do takto hlubokého, pozorného a respektujícího dialogu s druhým – např.: *„Předpokládá to velkou otevřenost k tomuhle všemu, což teda chápu ze strany terapeuta a je to otevřenost ve smyslu určité nastavenosti nebo vstřícnosti“*, *„to, co terapeut může udržovat permanentně, je ta nastavenost, ta velká ochota k blízkosti, která potom někdy dojde až k tomu bezprostřednímu setkání“*, *„zcela oddaný tomu člověku, se kterým se setkávám“*, nebo *„dát sebe do určité míry stranou“*. Jako další klíčová proměnná na straně terapeuta byla uváděna jeho autenticita – např.: *„dokázal být tak autentický“*, *„bylo vidět, že ten člověk je jakoby zasažený“*, *„abych viděl i tu jeho emoci“*, *„to nebylo přijetí, které bych vnímala jako nějakou profesní roli toho terapeuta“*, nebo *„pro mě je hrozně důležitý, když mi terapeut řekne, co se děje v tu chvíli s ním“*. Toto jsou zároveň dovednosti terapeuta, které je možné výcvikem posilovat a více je vnášet do terapeutického vztahu.

e) Vnější projevy fenoménu

Mezi respondenty dochází ke shodě, že vnější projevy fenoménu jsou poměrně nevýrazné, zachytitelné možná pozorným pozorovatelem obeznámeným s obvyklým prožíváním klienta. Jedná se o tiché momenty určitého zastavení, které jsou však vnitřně velmi intenzivně prožívány, vnímány jako energetizující a dojemné. Respondenti opakovaně uváděli, že je vnější pozorovatel může spíše vycítit, než by je přímo zaznamenával smysly – např.: *„tichý okamžik“*, *„najednou přestává mluvit“*, *„jak jsme jako hrozně dlouho na sebe koukali“*. Jedná se o subtilní fenomén, pro jehož porozumění musíme nezbytně jít za jeho účastníky, což je zároveň také jedna

z uváděných charakteristik významných událostí v psychoterapii. Fenomén je popisovaný jako moment, který trvá spíše v sekundách či několika málo minutách, přičemž vnímání času při něm bývá subjektivně nepodstatné – např.: *„trval několik sekund“*, *„30 vteřin? možná minutu“*, *„zároveň to byla chvilka, několik okamžiků opravdové blízkosti“*, nebo *„jde pouze o moment, trvá to krátce“*. I toto vymezení časem potvrzuje hypotézu, že se jedná o ohraničený fenomén, který je možné svým způsobem vyčlenit z terapeutického procesu a uchopit.

f) Efekt fenoménu setkání v psychoterapii

Prvořadý efekt zážitku je popsán v bodě c) pod tématem terapeutická změna. Kromě toho respondenti uváděli i jeho další důsledky, z nichž nejsilnější se jevílo téma posílení terapeutického vztahu – např.: *„zlomovej okamžik v celé terapii, v takovém tom vztahování se k té terapeutce“*, *„mě neuvěřitelně k němu přiblížila“*, *„to prostě nějak usnadňuje potom ten kontakt s tím terapeutem dál“*, nebo *„je to něco, co lidi přivádí znova“*. Vzhledem k tomu, že terapeutický vztah je dnes vnímán jako nejdůležitější proměnná z tzv. společných faktorů v psychoterapii s přímým dopadem na celkový efekt léčby, je samotný fakt posílení terapeutického vztahu, který se odehraje skrze zážitek setkání velmi významný. Zážitek je také vnímán jako motivační faktor pro další práci klienta na sobě, jeho otevření se hlubší práci a exploraci – např.: *„člověk se dostane do hlubokého kontaktu se sebou“*, *„aha zážitek vlastně“*, *„okamžik vzhledu“*, nebo *„jsem si dokázala představit, že bych mohla prostě*

dělat nějaký ještě i jiný věci sama se sebou.“ Podobně motivační se prožitek fenoménu jeví i pro terapeutu z hlediska jejich profese – např. „*toto jsou mé nejoblíbenější momenty*“, „*cítím se z toho velmi dobře*“, nebo „*sebe bych podezírala, že toto je jeden z motivů, proč se do psychoterapie znova a znova pouštím*“.

Je pozoruhodné, že se u respondentů neobjevuje žádná zmínka o negativním efektu fenoménu. Na cílený dotaz na toto téma Richard Hycner odpověděl, že s některými klienty je třeba tyto zážitky skutečně mírnit. Jednak s těmi, kteří jej sami přímo zastavují, a u těchto nelze jinak než se s nimi setkat právě v jejich zastavování se, a také u klientů, kteří spěchají do intimity příliš, aniž by před tím nějakým způsobem ošetřili společný prostor. Z klinického uvažování se jeví jako další potenciálně zranitelná skupina klienti s psychózou, kde by bylo zřejmě zapotřebí samostatného výzkumu. Z dosavadních zjištění se nepotvrzuje možná obava, že by zážitek vedl k případnému rozvoji konfluentního nebo závislého chování klienta vyvolaného tímto způsobem kontaktu.

SHRNUTÍ A ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jak lze charakterizovat fenomén setkání v psychoterapii?

Fenomén setkání v psychoterapii lze charakterizovat jako krátce trvající (spíše v řádu sekund než minut), relativně vzácně se objevující, oboustranně prožívané, intenzivní momenty blízkého kontaktu mezi terapeutem a klientem. Dochází při nich k vzájemnému vyladění se na sebe, které bývá doprovázeno zúženým vnímáním okolí. Zážitek je téměř výhradně nesen na emoč-

ní rovině, může se odehrávat beze slov, kognitivní stránka osobnosti ustupuje do pozadí, účastník mívá potíže stav zpětně přesněji reflektovat a popisovat. V průběhu fenoménu setkání terapeuti referují o výjimečné míře porozumění druhému člověku a jeho přijetí, které se v těchto chvílích dostavuje. Objevují se také výroky o přesahu zážitku do roviny spirituální či intuitivní. Fenomén lze považovat za „významnou událost v psychoterapii“ ve smyslu výzkumného paradigmatu významných událostí.

Jak dochází k fenoménu setkání v psychoterapii?

Přestože je ke vzniku fenoménu setkání v situaci psychoterapie zapotřebí specifické nastavení klienta ve smyslu dovolení si povolit své obranné mechanismy, hlavní odpovědnost za vznik fenoménu v tomto prostředí má terapeut. Mezi klíčové faktory podporující vznik fenoménu patří terapeutova ochota vstoupit do plného dialogu s klientem a autenticita terapeuta. Za splnění těchto podmínek se fenomén může dostavit i při relativní neznalosti účastníků a jejich osobnostní odlišnosti. Téma, které se jeví být zvláště významné pro situaci terapie, je výskyt fenoménu setkání při sdílení emočně těžkých osobních témat, kde terapeut nabízí svou kapacitu s klientem zůstat na těchto místech dostatečně dlouho pro vynoření se zážitku přijetí a posílnění z kontaktu.

Jaký význam má fenomén setkání pro psychoterapeutický proces?

Zážitek fenoménu setkání v psychoterapii přináší z pohledu terapeutů krátkodobý i dlouhodobý efekt pro průběh a výsledek psychoterapie. Představuje motivaci pro další práci terapeuta i klienta, významně posi-

luje terapeutickou alianci, která je klíčovou proměnnou pro dosahování efektu terapie. Fenomén setkání však především obsahuje potenciál pro terapeutickou změnu, kterou pomáhá navodit nebo i přímo navozuje. Z dosavadního výzkumu nebyly zjištěny případné negativní dopady fenoménu pro psychoterapii. Efekt fenoménu setkání se jeví být v souladu s tzv. paradoxní teorií změny v psychoterapii (pozn. jedná se o centrální teorii změny uplatňovanou v Gestalt psychoterapii, formulovanou Arnoldem Beisserem (1970), její název je odvozen z paradoxní premisy, že se lidé mění tím, že se stávají plněji sebou samými a ne tím, že se snaží ze sebe udělat něco nebo někoho, kým nejsou).

Jaké využití má fenomén setkání pro psychoterapeutickou praxi?

Fenomén setkání nelze v praxi cíleně navodit, jeho výskyt se děje spontánně, nemůže tak být využitý jako určitá technika či intervence terapeutické práce. Jsou však popsány okolnosti terapeutického vztahu, za kterých může k fenoménu dojít a značný terapeutický potenciál fenoménu, který může být využit při jeho výskytu. Dosavadní výzkum fenoménu nepotvrzuje obavy z možného poškození klienta nebo terapeutického vztahu a povzbuzuje terapeuty k nebránění jeho rozvoji.

EPILOG

Nabízí se k diskusi, zda všichni respondenti popisují shodný zážitek, nebo nějakou škálu příbuzných kontaktních epizod. Neexistují zde objektivní kritéria pro posouzení, co už je a co ještě není pomyslný vrcholný okamžik setkání. Jiným potenciálním rizikem zkreslení může být také neuvědomované napasování zážitku na teo-

retická východiska různých terapeutických či filosofických přístupů. Nicméně tím, že se postupně objevují výzkumy z různých prostředí, dochází přirozeně k triangulaci vytvořených dat. Zatím se ukazuje, že přes rozdíly v pojmosloví, se respondenti napříč studiemi až pozoruhodně blízce shodují v popisu výskytu a charakteristik fenoménu.

Smyslem této studie bylo kromě samotného prohloubení porozumění fenoménu setkání také pomoc rozptýlit případné obavy na straně terapeutů, které může představovat natolik intimního kontaktu v prostředí psychoterapie odrazovat. Jedná se o zážitek, jehož průběh je svým způsobem nekontrolovatelný. Jde o autentické setkání, ze kterého mohou oba účastníci vyjít pozměněni, dávají tím všanc své zažité způsoby kontaktování a prožívání. Mohou se tak objevovat obavy ve smyslu strachu ze ztráty sebe, svých hranic, z budování závislosti, přílišného přiblížení se klientovi nebo bolestným obsahům, nerozpoznání přenosu či protipřenosu. Ošemetným momentem také může být fyzický dotek, který někdy podle respondentů vzniká fenoménu doprovází a který je sám o sobě velkým etickým tématem v psychoterapii, kdy a za jakých okolností si jej může terapeut dovolit. Přes všechny tyto obavy či fantazie se napříč studiemi ukazuje, že efekt momentů setkání v psychoterapii je výrazně podpůrný, posilující schopnost dalšího dialogu účastníků a případná rizika se zatím neobjevují nebo nebyla cíleně zkoumána. Je také třeba nepřecházet do druhého extrému a neměřit prospěšnost terapie či terapeutického vztahu podle výskytu tohoto fenoménu. Jedná se o fenomén relativně vzácný, dobrá terapeutická práce se odehrává i bez něj a teoretici i praktici psychoterapie se spí-

še soustředí na naplňování podmínek dobrého terapeutického vztahu, ze kterého může samotný fenomén setkání čas od času vyrůst. Z uvedených závěrů vyplývá, že by byla škoda tento jev a jeho potenciál v psychoterapii nevyužít. Slovy Richarda Hycnera, nemůžeme zařídít, aby terapeut neměl určité obavy, ale můžeme o fenoménu psát tak, aby měl chuť mu zůstat otevřen.

Role autora: Rešerše literatury obecně výzkumné i specifické zaměřené na fenomén setkání, kolekce dat i jejich analýza, stejně jako sepsání závěrů a jejich diskuse jsou dílem autora.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

SEZNAM LITERATURY:

- Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. *Gestalt therapy now*, 77–80.
- Buber, M. (1969). *Já a Ty*. Praha: Mladá fronta.
- Cooper, M. (2005) Therapists' experiences of relational depth: a qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5 (2). pp. 87–95.
- Elliott, R. (1983a). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47–55.
- Elliott, R. (1983b). „That in your hands“: A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113–129.
- Hycner, R., Jacobs, L. (1995). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy: A Dialogic / Self Psychology Approach*. Gestalt Journal Press.
- Jacobs, L. (1978). *I - Thou Relation in Gestalt Therapy*. Disertační práce. California School of Professional Psychology, Los Angeles.
- Jacobs, L. (1998). Transcript of a lecture-discussion with Lynne Jacobs captured at the Portland Gestalt Therapy Training Institute, March 7, 1998.
- Knox, R., Cooper, M. (2010a) Relationship qualities that are associated with moments of relational depth: the client's perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9 (3). pp. 236–256.
- Pernička, M. (2002). *Fenomén setkání v psychoterapii* (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Pernička, M. (2016). *Fenomén setkání v psychoterapii* (disertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Santos, A. M. D. (2003). *Miracle Moments: The Nature of the Mind's Power in Relationships and Psychotherapy*. Lincoln, NE: iUniverse.
- Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.

Došlo do redakce 18. 2. 2020, v revidovaném znění 31. 8. 2020. K publikaci přijato 10. 9. 2020.

TANEC KLIENTA A TERAPEUTA V TĚŽKÉM EMOČNÍM POLI: JAK V ROLI TERAPEUTA NEZTRATIT STABILITU A ELEGANCI ANEB O SEBEPODPOŘE, UVĚDOMĚNÍ A KONTAKTNÍM CYKLU

A therapist – client dance in a difficult emotional field: How to remain stable and elegant as a therapist using the concepts of self-strengthening, awareness and contact cycle

Sylvie Tichotová

Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha, CZ;
sylvie.tichotova@seznam.cz

Psychoterapie. 14 (2), 124–135; ISSN 1802-3983

Tento článek vznikl v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“, byl podpořen prostředky na dlouhodobý rozvoj organizace.

ABSTRAKT:

Tento příspěvek se zabývá interakcí klienta a terapeuta v terapeutickém poli, do kterého klient přináší emoce, které jsou pro terapeuta z různých důvodů těžké. Pozornost je tedy zaměřena na prožívání terapeuta a fakt, že jeho práce s vlastními pocity a potřebami toto pole nevyhnutelně proměňuje. Příspěvek si klade za cíl prozkoumat tuto situaci v kontextu Gestalt terminologie a využít metaforu tance k hledání možných východisek a způsobů, jak terapeut může v podobných situacích pracovat sám se sebou – jak se o sebe může postarat a ochránit se, aby zároveň nedošlo ke ztrátě autentického kontaktu a dialogu s klientem. Stejně jako tanečník musí terapeut hledat křehkou rovnováhu mezi stabilitou, flexibilitou, účelností a elegancí (estetikou).

Klíčovými pojmy zde jsou terapeutovo sebeuvědomění, jeho sebepodpora a narušení kontaktního cyklu.

Klíčová slova: Sebeopodpora, uvědomění, kontaktní cyklus

ABSTRACT:

This article deals with a therapeutic situation in which the client brings in such emotions that are for any reason difficult to deal with for the therapist. The focus is then on therapist's emotions and the fact that his/her own way of dealing with his/her emotions and needs inevitably influences and changes the therapeutic field. This article analyzes such situations in the realm of Gestalt terminology and uses the metaphor of dance to seek out possible ways of how to take care and protect oneself and at the same time to not lose authentic contact and dialogue with the client. The therapist needs to deal with similar issues as a dancer – s/he struggles for a fragile balance among stability, flexibility, effectiveness and aesthetics.

The most important concepts are thera-

pist's self-awareness, self-strengthening, and the contact cycle disruptions.

Keywords: Self-strengthening, awareness, contact cycle

1. PŘEDTANČENÍ

Jako psychoterapeuti jsme každý den v kontaktu s mnoha různými klienty, kteří přinášejí mnoho různých příběhů. Často stojíme tvář v tvář jejich bolesti, smutku, vzteku, zoufalství. Často se jejich příběhy podobají příběhům našim a emoce, které prožívá klient, dobře známe. Síla těchto vynořujících se emocí může být značná. Naším úkolem v nejširším slova smyslu přitom je provést klienta jeho tématy a příběhy tak, aby byl schopen vrátit se do rovnováhy ve svém vnitřním i vnějším světě. Máme však ještě jeden velmi důležitý úkol – procházet terapeutický proces s hlubokým respektem a úctou nejen ke klientovi, ale i k sobě – pečovat o sebe tak, aby nám naše náročná práce přinášela radost a uspokojení, abychom stále cítili údiv a pokoru nad těmito setkáními, jichž jsme součástí.

Pokud používáme slova „terapie“ nebo „terapeut“, máme tím samozřejmě na mysli celou škálu forem spolupráce s klientem od dlouhodobé terapie až po jednorázové poradenství či krizovou intervenci – stále se jedná o setkání dvou lidských bytostí za podobným účelem.

V Gestalt terminologii, ze které budeme vycházet, existuje koncept sebedopory, který v sobě shrnuje výše uvedenou schopnost nejen konstruktivně čelit stresovým a konfliktním situacím, ale i schopnost dobře vnímat sám sebe a jednat tak, aby byl náš profesní i osobní život v rovnováze (na-

př. Oaklander, 2007). V tomto článku se budeme zabývat tím, jak si sebedoporu co nejefektivněji udržet i v situacích, kdy máme proti sobě pro nás velmi emočně náročného klienta. Setkání s klientem budeme přitom vnímat jako celek, jako proces, který má svůj začátek, průběh a ukončení, řečeno slovy Gestalt terapie, budeme sledovat sebedoporu v rámci kontaktního cyklu (Zinker, 2004). Abychom se v těchto abstraktních konceptech neztratili a byli je schopni jednoduše použít v naší praxi, přirovnáme terapeutické sezení k tanci (jak uvidíme dále, metafora tance je mezi terapeut - výzkumníky velmi oblíbená a výjimkou nejsou ani Gestalt terapeuti). Terapeut a klient se spolu stejně jako tanečníci nevyhnutelně dostávají do kontaktu, do vzájemné interakce, pohyb jednoho ovlivňuje druhého, nejistota v technice kroků, únava či nesoulad – to vše (a mnoho dalšího) může vést na straně terapeuta ke ztrátě sebedopory. Zaměříme se na jednotlivé fáze tance a specifické obtíže, ke kterým v nich může u terapeuta dojít. Metafora tance může terapeutovi posloužit jako jednoduchý, ale efektivní nástroj pro praxi, který mu umožní průběžně si v rámci sezení, před ním i po něm ověřovat, zda je v kontaktu se svou sebedoporou. Pokud si uvědomuje, že o ni přichází/přišel, může hledat díky této metafoře přesná místa v kontaktním cyklu (viz níže), kde dochází k jeho přerušení a poté se může zamyslet nad důvody tohoto přerušení a jejich důsledky pro terapeutický proces i jeho vlastní sebedoporu.

Ačkoliv text využívá Gestalt terminologie, byl psán se snahou zůstat přístupný všem čtenářům, bez ohledu na příslušnost k té které psychoterapeutické škole. Jed-

notlivé Gestalt koncepty jsou tedy prezentovány jen do té míry, aby posloužily k dotvoření metaforu tance jakožto pomůcky pro upevňování sebedopory během terapeutických sezení.

2. JEŠTĚ UPŘESNĚNÍ NĚKOLIKA KROKOVÝCH VARIACÍ...

Než se však pustíme „do tance“, bude nutné si krátce přiblížit některé termíny z Gestalt teorií...

2.1 Sebedopora

Sebedopora je chápána jako jedna z funkcí self (jehož přiblížení z pohledu Gestalt terapie by vydalo na samostatný článek), z nichž ostatní funkce zahrnují např. smyslové prožívání, vnímání tělesných i psychických hranic, asimilaci a integraci. Sebedopora umožňuje jedinci zůstat v plném kontaktu s okolím, tzn. neupadat do destruktivních psychických obran a fragmentace zkušenosti. Jedinec mající dobrou sebedoporu je také v dobrém kontaktu sám se sebou, uvědomuje si různé aspekty svého self a umí je využívat (Mackewn, 2004, Oaklander, 1988, 2007).

Zdroje sebedopory můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnějšími zdroji se nejčastěji stávají blízcí lidé, rodina a přátelé. Zařadili bychom sem i víru v boha, pobyt v přírodě, peníze, koníčky, či samotný pocit podpory a jistoty z kontaktu se zemí, židli či jiný druh podpůrného kontaktu s neživými věcmi (Yontef, 1993).

Vnitřní zdroje zahrnují vše, o co se můžeme sami v sobě opřít, na co se spoléháme a s čím počítáme v okamžicích nejistoty či krize – zahrnují bychom sem tedy např. tělo a jeho funkce, které nám umožňují žít – včetně celkového zdraví, to, jakým

způsobem nad sebou přemýšlíme a jak se sebou mluvíme, jak se o sebe staráme, jak se dokážeme uklidnit, jak si pro sebe překládáme to, co se děje ve světě kolem nás. Vnitřní zdroje sebedopory se primárně odvíjejí od toho, jak se k nám vztahovali naši rodiče v dětství – pokud nám prokazovali úctu, respekt a drželi pevné, ale laskavé hranice, je velmi pravděpodobné, že se tak v dospělosti budeme vztahovat i my sami k sobě. Pokud jsme naopak vyrůstali v agresivitě a hrubosti, budeme mít v budoucnu problém vztahovat se k sobě jinak než tímto naučeným způsobem. Jako vždy v Gestalt přístupu, i zde platí, že sebedopora není fixní či rigidní a v psychoterapeutickém procesu může jedinec objevit její nové zdroje či se naučit lépe využívat ty stávající (Mackewn, 2004).

Sám Fritz Perls, otec Gestalt terapie, výše uvedené shrnul takto: „(...) proces zrání je přechod od podpory zevnějšku k sebedopore a cílem terapie je učinit pacienta nezávislým na druhých a pomoci mu objevit, že od první chvíle může udělat mnoho věcí, mnohem více, než by si pomyslel.“ (Perls, 1996, str. 36.)

Z výše uvedeného je zřejmé, že sebedopora je termín velmi široký, zahrnující naše psychické fungování ve všech aspektech a situacích našeho života.

2.2 Kontaktní cyklus

Dalším krokem k taneční metafoře je po sebedopore kontaktní cyklus – terapie i tanec mohou být vnímány jako živoucí proces mající své typické charakteristiky. Kontaktní cyklus je popis stavu, kdy vstupujeme do kontaktu s prostředím (vně i uvnitř nás). Podle Perlse (1991) jde o proces hledání smyslu ve vnímaném, kdy se z po-

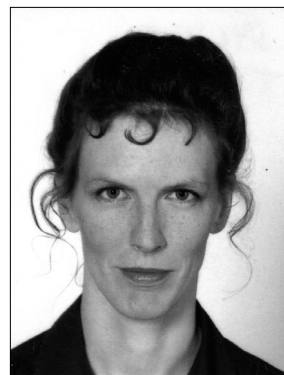
zadí vynořuje jasná figura potřeby v rámci interakce člověk – prostředí a po uspokojení se zanořuje zpět.

Kontaktní cyklus je ve svém základu analogií všech přírodních cyklů – každá věc, každý život, má svůj počátek, zrození, rozvoj a vrchol a poté se opět pomalu stahuje k uzavírání, konci a smrti. S trochou poetické nadsázky tedy můžeme říci, že z rovnováhy a klidu se vynoří potřeba poznávat, cítit, vejít do kontaktu, která po svém uspokojení zaniká a rozpouští se zpět do rovnováhy. V Gestalt pojetí existuje několik fází (Mackewn, 2004) tohoto kontaktního (organismického) cyklu, přičemž je nutné poznamenat, že různí autoři se ve svém chápání kontaktního stylu poněkud liší. Pro účely tohoto článku se přidržíme pojetí Zinkera (2004), který rozlišuje fáze vnímání, uvědomění, mobilizace energie, akce a kontaktu, integrace a stažení (k jejich bližšímu popisu dojde níže už přímo na tanečním parketu).

V kontextu vztahu terapeut – klient nám konstrukt kontaktního cyklu pomáhá rozumět, co se děje v jednotlivých fázích našeho setkání. Řeceno metaforou tance – jak probíhají jednotlivé fáze od vstupu na parket, přes samotný tanec až po rozloučení a odchod, co se v které fázi může stát a vůči čemu je třeba si udržet vnímavost a budovat uvědomění, aby sebedopora zůstala zachována a tanec probíhal co možná nejelegantněji (co nejvíce esteticky) a nejúčelněji (zvládnutí technické stránky).

2.3 Metafora tance

Metafora tance je v kontextu psychoterapie velmi oblíbená bez ohledu na příslušnost k určitému psychoterapeutickému směru – mnoho terapeutů ji využívá při práci



Sylvie
Tichotová

Mgr. Pracuje jako psychoterapeut ve své soukromé praxi zaměřené na děti a dospívající. Kromě toho vyučuje psychologické předměty na Pedagogické fakultě UHK a působí jako interní doktorandka na Katedře psychologie FF UK. Je absolventkou Gestalt výcviku IVGT a postgraduálního výcviku GTDA. V minulosti pracovala jako psycholog a psychoterapeut v oblasti klinické psychologie, rodinného poradenství a NZDM.

ci s klienty pro její snadnou uchopitelnost a srozumitelnost. Např. Pistole (2003) uvádí různé možnosti využití metafor tance při systemické párové a rodinné terapii, přičemž věnuje pozornost jejím různým lingvistickým nuancím. Mosak a Rasmussen (2002) využívají tance jako metafor pro setkání terapeuta a klienta přičemž se zaměřují na způsoby, jakými může terapeut klienta „v tanci“ vést k úspěšnému vyřešení jeho problému. Podobně k této metafoře přistupuje i Zabolitski (2018) ve své případové studii, kde připodobňuje svůj kontakt s klientkou k dramatickému tangu, přičemž jí tanec slouží jako prostředek ke zdůraznění důležitosti reciprocit a dyadického charakteru terapeutických setkání, který u klientky vedl k prohlubování sebeuvědomění. Metaforou tance si mnozí odborníci pomáhají i při výcviku za-

činajících terapeutů (Slavin-Mulford, 2013). Někteří autoři se zabývají i rozbořením procesu vytváření metafor odvozených od tance a jejich možným přínosem pro terapeutický proces (Samaritter, 2009). Lane a Marlow (1999) využily metafory tance k vysvětlení konstruktivistického pojetí Self jakožto procesu – i jim tanec posloužil jako jednoduchý rámec k vysvětlení složitěho abstraktního konceptu.

V Gestalt terapii se metafora tance objevila nedávno v textech Spagnuolo Lobb (2012, 2016), která pomocí tance a jeho dynamiky poukázala na nové možnosti pojetí vývojových teorií v Gestalt kontextu, ale také v pracích Philipssona (2012) či Jacobs (2016). O propojení lingvistiky a Gestalt terapie se pokouší Brooks (2014), která zdůrazňuje, že efektivní využití jazyka v terapii je stejně důležité jako využívání neverbálních technik a experimentů. Tanec je pro ni metaforou pro jazykovou výměnu mezi klientem a terapeutem. Eirado Silva et al. (2014) využívají propojení prvků taneční terapie s Gestalt přístupem ve workshopech pro mládež ze sociálně znevýhodněných rodin.

Cílem tohoto článku je též zaměřit se na interakci terapeut – klient, avšak naše pozornost bude primárně zacílena na terapeuta a jeho schopnost sebedopory a uvědomění. Zároveň ale máme na paměti to, že jakákoliv interakce je vždy ovlivněná všemi zúčastněnými. Jak již bylo zmíněno výše, většina literatury se zaměřuje spíše na to, jakým tanečníkem je klient a jaké kroky může využít terapeut pro toho konkrétního klienta. Domnívám se však, že pro harmonický, estetický a technicky zdařilý tanec je nutné, abychom stejnou pozornost věnovali i terapeutovi, resp. terapeut sám

sobě. Důvodem není jen právě zmíněná účelnost, efektivita a dobrý výsledek, ale i schopnost vyjít z náročných tanců pokud možno bez vážnějších zranění. Neméně důležité je pak vědět, jakým způsobem svá případná zranění co nejlépe ošetřit. Terapeut musí neustále pracovat na své sebedopore a být si jí průběžně během tance vědom, protože téměř vždy vstupuje na parket s někým, jehož sebedopora může být nižší než jeho.

Tancem v tomto metaforickém pojetí myslíme cokoli, co zahrnuje v podstatě jakoukoliv pohybovou interakci dvou a více lidí – někdy spolu terapeut a klient tančí valčík, jindy čaču a jindy snad scénický tanec bez důrazu na pravidla. Hranice definice tance jsou zde úmyslně velmi volné, aby si každý terapeut mohl pro sebe najít tu nejvhodnější metaforu svého tance s daným klientem. Stejně tak platí, že jednotlivé otázky, vztahující se k fázím tance/kontaktního cyklu jsou míněny jako inspirace pro další kladení otázek, nikoliv jako vyčerpávající seznam, protože všechny nuance nelze nikdy postihnout. Jednotlivé metaforické obrazy vycházející z tance jsou pak často ponechány bez konkrétní interpretace – důvodem je opět snaha o to, aby do nich každý terapeut mohl promítnout svou vlastní zkušenost a využil je podle svých jedinečných potřeb.

A to nejdůležitější na závěr – metafora, ať je jakkoliv bohatá a barevná, je vždy jen zjednodušením skutečného světa a tak je nutno nahlížet i na metaforu tanec a problematiku sebedopory terapeuta – ve skutečnosti je ve hře faktorů mnohem více, níže uvedený postup však může nabídnout rychlou pomoc v těžkých chvílích, kdy je rozum upozádněn emocemi.

3. KONEČNĚ DO TANCE!

Ještě než klient přijde na taneční parket, je nutné se zamyslet nad tím, co všechno ovlivňuje naši sebedoporu v rámci výkonu našeho psychoterapeutického „řemesla“ celkově a v kontaktu se sebou samým.

Jak jsme si jisti v tanečních krocích, v technice tanců, které používáme (terap. technik) a postuře, ještě než se klient vůbec objeví – posilovali jsme a trénovali (supervize, odborné vzdělávání) dost na to, abychom zvládli i případný velmi těžký tanec? Věříme si vůbec v terapeutické roli, máme pocit řemeslné zručnosti, dokážeme své znalosti a dovednosti flexibilně používat? Nebo jsme momentálně zranění a víme, že některé krokové variace budou pro nás velmi bolestné a některých se budeme muset vzdát úplně? Zvažujeme odstoupení z tanečního setkání?

Dále je nutné mít na paměti, že každý tanec, resp. sezení, má ve skutečnosti mnoho účastníků, byť v místnosti fyzicky sedí jen dva či tři... Terapeut i klient si s sebou do tanečního sálu přivádějí velký doprovod – jak často klient zmiňuje své blízké a jak často na ně myslíme během sezení my – oba jsme pak ovlivněni tím, jak nás lidé kolem nás formovali a formují.

Protančíme tedy nyní postupně celý kontaktní cyklus...

3.1 Vnímání

Nadchází ona magická chvíle – klient klepe na dveře a my vcházíme na taneční parket... Náš mozek nám nechává několik milisekund čistého vnímání, které není zkaleno předchozí zkušeností, názory, předsudky. Aniž si to uvědomujeme, vnímáme druhého všemi smysly, provedeme několik automatických úkonů, abychom

učinili zadost společenským konvencím – podíváme se druhému do očí, lehce se usmějeme, podáme ruku. Klient stojí před námi na parketu a my vnímáme sebe i jeho.

Už zde však může dojít k odpojení od sebedoporu – zvláště v situacích, kdy je terapeutova kapacita k tanci omezena výše zmíněnými zraněními z bližší či vzdálenější minulosti. Taková zranění vedou k odpojování se od vnímání – „nechci tě ani vidět, slyšet, cítit...“. Pokud nás zranění vedou k vytvoření obrany ve formě odpojení se od vnímání, dochází k desenzitizaci (Oaklander, 2007) nebo disociaci (Zinker, 1999), která v podstatě hned na počátku znemožní průběžně podpořit sám sebe – pokud ani nevnímáme, nemůže posléze dojít k uvědomění. Pokud nám naše zranění (chronické či akutní) způsobuje tolik bolesti, že už nemáme kapacitu ke vnímání čehokoliv/kohokoliv dalšího, celý kontaktní cyklus je vážně narušen a tanec nemá šanci aspirovat na nic jiného než boj o přežití obou účastníků. Pokud už tedy sám terapeut nastupuje k tanci zraněn a odpojen od svého vnímání, těžko může podpořit svého klienta, pokud kdekoliv zakolísá či ztratí rytmus a kroky.

Pro obnovení sebedoporu v této fázi je tedy nezbytné uzdravit se ještě před příchodem klienta do té míry, která nám umožní v kontaktním cyklu pokračovat do dalších stádií. Léčba zranění přitom může znamenat cokoli od supervize až po vyšetření u lékaře či fyzioterapii, dovolenou. Terapeut však musí znát sám sebe natolik, aby dovedl tento obranný mechanismus identifikovat. Domnívám se, že pokud terapeut má dostatek sebedoporu, nehrozí mu „akutní“ desenzitizace či disociace ani v případě, že by se mu klient v návalu emocí zhroutil už „mezi dveřmi“.

3.2 *Uvědomění*

Předpokládáme tedy, že terapeut je schopen dobrého vnímání a může se posunout do další fáze - uvědomění. Vnímání a uvědomění se samozřejmě nevyhnutelně prolínají, a tak jako u ostatních fází kontaktního cyklu, i zde platí, že se neustále opakují i v rámci jednoho většího cyklu – je to tedy takový tanec v tanci.

Prolínání vnímání a uvědomění můžeme účinně využít ještě předtím, než klient dorazí – stačí pár minut k tomu, abychom rozehrály svou fantazii a představili si, jaký tanec asi budeme spolu tančit dnes a jaký tančíme obvykle. Podobá se náš tanec spíše veselé a skočné polce, kde je spousta nadšení a spolupráce, anebo jsme dramatičtí a napjatí i v posledním svalu jako v tangu? Anebo je to spíše rozevlátá moderna, kdy každý z nás tančí spíše sám pro sebe v jednom rohu jeviště bez ohledu na druhého, bez autentického kontaktu? Všechny tyto aspekty vnímání i uvědomění nás mohou vést nejen k dalším tanečním krokům, ale i zamyšlení a rozhodnutím ohledně toho, jak nejlépe podpořit sám sebe. Lehký úkrok od metafory do reality nás tedy vede k úvahám nad tím, jak spontánní či ztuhlí se s klientem cítíme být, zda můžeme své emoce autenticky odžívat, či se přistihujeme při jakési sebedramatizaci.

Uvědomění je však nejen nedílnou součástí kontaktního cyklu, ale mělo by být i terapeutovou klíčovou dovedností, která je nezbytnou základnou pro sebepodporu – pokud si nejsme dobře a průběžně vědomi svého těla, svých emocí a myšlenek, nemůžeme docházet k jejich případné korekci. Pokud si neuvědomujeme, že ve snaze zachytit neustále padajícího klienta už ani nedýcháme a že přitom ještě stojíme na špičkách,

je velká pravděpodobnost, že nás oba čeká ošklivý pád. Klient si zopakuje zkušenost, že je neohrabaný a druzí pod jeho váhou padají a terapeut zůstane ještě dlouho po klientově odchodu neschopen dalšího tance, protože má pohmožděný kotník. Extrémní příklad této situace v terapeutické židli by zahrnoval terapeuta, který má velkou tendenci splývat s klientovými emocemi (konfluencí, viz např. Mackewn, 2004) a ztrácí kontakt s vlastními psychickými i tělesnými procesy a potřebami. Klient z toho může získat pocit, že svými emocemi zahlcuje dokonce i terapeuta a ještě více se utvrdit v tom, že je musí skrývat.

Pokud je však terapeut schopen udržet si bdělé uvědomění, může v momentech, kdy je bez dechu a na špičkách zvolit alternativu – s klientem si mohou na chvíli odpočinout a probrat, co se to vlastně stalo, terapeut se přitom může pro sebe zamyslet, jak to, že v tanci, kdy potřebuje mít každý čtvereční milimetr chodidla pevně na zemi, najednou stál jako baletka. Může se též vrátit do chvíle, kdy začal být udýchaný a zjistit, jaká kroková variace či klientův pohyb to způsobily. Jinými slovy, uvědomění může vést k nadhledu tolik potřebnému k průběžnému identifikování přenosových a protipřenosových mechanismů. Zvláštní pozornost bychom však vždy měli věnovat naší tělesné poloze a dechu – např. chodidla opřená o nohy židle skutečně prožitek stability a pevnosti nepodporí.

Tak, jako se tanečník musí hodiny namáhat v posilovně, aby jeho tělo zvládlo těžké kroky, musí se terapeut namáhat udržet průběžně své (sebe)uvědomění – bez něj v náporu klientových těžkých emocí rychle ztratí rytmus, kroky i rovnováhu. K tomu

mohou dopomoci supervize, individuální terapie či nejrůznější formy vzdělávání.

3.3 Mobilizace energie

Jak se chytáme do držení a jak naše držení vypadá? Máme potřebu stát od klienta dva metry? Nebo k nám přiběhne a doslova se na nás přilepí? Máme v držení volnost a svobodu, nebo je to násilné – ať už ze strany klienta nebo nás? Máme my potřebu sezení udávat jasný směr a rytmus? Chtěli bychom z parketu nejraději utéct, kdyby to šlo? Někdy jsou tyto metafory doslovné a je určitě dobré zamyslet se nad fyzickým i psychickým prostorem mezi námi a jeho účinkem na naši sebedoporu.

S dobrým vnímáním a uvědoměním našeho těla, myšlenek i pocitů se pomalu přibližujeme do tanečního držení a chystáme se k tanci. Průběžné vnímání a uvědomování je nezbytné k tomu, abychom ani zde neztráceli sebedoporu – pokud je naše držení s klientem příjemné, uvolněné, ale zároveň nám umožňuje zůstat v dobrém kontaktu a dialogu na všech úrovních, můžeme směle vykročit k prvním krokům. Avšak pokud nás klient příliš svírá, nebo ho sotva cítíme (vidíme, slyšíme), stojí příliš blízko či daleko, je namístě zvážit, co pro sebe můžeme udělat, abychom z nepohodlného držení již nyní neupadli do křeče a ztuhnutí. Naše energie může být blokována retroflexí (tedy potlačováním emocí, typicky vzteku, a obrácením jejich energie proti sobě, např. Mackewn, 2004) či přílišnou intelektualizací (všemu rozumíme, ale neučiníme žádné kroky ke změně v emočním prožívání, např. Mackewn, 2004). Někdy však pomohou i velmi prosté věci – posunout si křeslo o pár centimetrů dozadu či dopředu, vzít si do ruky hrnek s čajem...

3.4 Akce/kontakt

Jak se cítíme v tomto tanci? Jaké kroky bychom rádi provedli – jak na to reaguje klient? Jsme spontánně v souladu? Pokud ne – co nás brzdí? Vláčíme bezvládné tělo? Bojujeme o každý krok, bojujeme o přežití? Jak se cítíme a jak reagujeme, když nám klient šlápne na nohu? Co když s námi klient prudce trhne či ztratí rovnováhu? Je tanec estetický? Jak by asi náš tanec působil na nestranné publikum? Kdo koho vlastně vede? V jaké postuře je naše tělo, když ztrácíme vnímání, uvědomění, nebo mobilizaci energie či kontakt se sebou i klientem? V jakou chvíli si přestáváme všechny tyto otázky klást a proč? Řečeno běžným jazykem psychoterapie – co se s námi děje ve chvílích, kdy klient začne sdílet své téma či příběh? Jak reagujeme na jeho případnou agresi či naopak stahování se z kontaktu, na mlčení, cítíme se kompetentně, jaké intervence vybíráme a proč?

V této fázi se terapeut s klientem dávají do tance, začínají se pohybovat a volit jednotlivé taneční kroky či celé sestavy. S některými klienty je tanec velmi snadný – jsou pohybově nadaní, mají dobrou fyzickou kondici, tanec je baví a rádi následují naše nové kroky a rádi také objevují své vlastní. Avšak někteří nás vyhledávají v touze naučit se něco zcela nového a mají naději, že nové taneční kroky jim umožní lépe zvládnout např. tanec v manželství. Terapeutický tanec má však oproti většině opravdových tanců tu nevýhodu, že k němu neexistují univerzální kroky, ani obecně, ani pro jednotlivé klienty, terapeut není neomylným tanečním mistrem.

Aby terapeut mohl doslova ustát případnou klientovu nerovnováhu a zakopnutí, je nutné, aby on sám byl dobře zpevněný

ve svém středu (tělesném i psychickém), aby jeho tělo bylo v dobré kondici, zdravé a silné. Jakékoliv zranění tuto pevnost omezuje nebo dokonce znemožňuje. S dobrou posturou a pevností přichází automaticky i pružnost, schopnost flexibilně a rychle reagovat na nejružnější klientovy úkroky či dokonce útoky (jakkoliv vědomé či nevědomé v rámci jeho obran). Pokud jsme v dobré psychické i fyzické kondici, dokážeme si rychle všimnout, že nám hrozí újma a také se včas buď vyhnout, nebo učinit takové kroky, které klientův pohyb zastaví a pomohou mu nalézt ztracenou rovnováhu. Tak se v průběhu našeho sezení může stát, že si uvědomíme, že klient směřuje k zopakování svého komunikačního vzorce, který mu zabírá s druhými bezkonfliktně vycházet. V tuto chvíli jsme využili naši schopnost nenechat se zahltit intenzivními emocemi agrese, které klient směřoval v rámci přenosu na nás, ale i precizní kognitivní analýzy situace vedení otázkami typu „co se nyní děje mezi námi, s klientem, se mnou?“. Jemně jsme klienta zastavili v jeho řeči, upozornili ho na tento vzorec a společně hledali nové cesty.

Druhou stránkou je pak tedy sama technika tance – terapeut zběhlý v různých technikách a intervencích dokáže této své takříkajíc řemeslné zručnosti využít k tomu, aby klientovi ukázal, jak jeho pohyb může být méně energeticky náročný, méně ubližovat druhým či jemu samotnému. Technická zručnost je však nezbytná i pro terapeuta samotného – čím zběhlejší jsme v určitých krocích či sestavách (rozuměj technikách či metodách), tím méně se vyčerpáme a tím více pozornosti můžeme věnovat jiným věcem, které se v terapeutickém setkání vynořují.

Specifickým tématem jsou pak klienti, kteří tančí tanec, se kterým se terapeut nikdy nesetkal a/nebo mu není vlastní. Zde si můžeme představit klienty s diagnózami, se kterými se ten který terapeut běžně nesetkává, či klienta z odlišného sociokulturního prostředí. Zde je třeba opět velké upřímnosti k sobě samému – chci tento druh tance tančit, i když ho neumím? Budu se snažit učit se průběžně od klienta a riskovat tak pády a zranění nás obou, anebo klienta rovnou odešlu ke kolegovi, o kterém vím, že tento tanec bezvadně ovládá?

3.5 Integrace

Jak dnešní tanec ukončujeme? Jak se pouštíme z držení my a jak klient? Je pro nás těžké klienta pustit? Pouští se nás klient snadno nebo se přetahujeme? Vymýšlí ke konci sezení stále nové a nové kroky, kterými bychom mohli pokračovat? Snaží se zaujmout ve chvíli, kdy náš čas vypršel? Přáli bychom si, aby ještě zůstal? Klademe si zde tedy otázky ohledně ukončování jednotlivých sezení či terapie jako takové a hledáme souvislosti s vlastní sebedoporou.

Náš tanec se blíží k závěru a je na čase zastavit a pustit se z tanečního držení. Jakkoliv to na první pohled vypadá jednoduše, zastavit některé klienty není lehké – mnozí jsou tancem tak nadšeni nebo je jim v něm tak dobře a ukončení s sebou nese bolest, že udělají vše proto, aby odvedli terapeutovu pozornost od jeho hranic. A právě hranice jsou zde klíčové – žádný tanečník nevydrží tančit nekonečně dlouho – dobrý tanečník ví, na jak dlouhou dobu a na jak náročný tanec jeho tělo i mysl stačí. Ví, že jakékoliv přepínání sil může rychle vést ke zranění a neschopnosti tančit na dlouhou dobu.

Každý z nás tedy musí zvážit, jak dlouhá a jak častá sezení s daným klientem zvládne, aby byl po jeho odchodu schopen dobré a přiměřeně rychle rekonvalescence. Také je dobré mít v zásobě pár závěrečných figur (vět, gest, pohybů), které klientovi jasně signalizují, že je čas se rozloučit. Některé klienty je třeba vyprovodit z tanečního sálu velmi důsledně a do příštího tanečního tréninku zařadit i přípravu na závěr našeho tance – estetičnost i pohodlí nás obou je třeba udržet až do samého konce. Proces ukončování sezení/terapie se pro mnohé klienty i terapeutů stává nosným tématem vedoucím k mnohem hlubším příběhům.

Schopnost zvážit dobře vlastní emoční i kognitivní hranice ve vazbě na čas je další nesmírně důležitou složkou sebepodpory. Pokud si nehlídáme dostatečně dlouhé rozestupy mezi jednotlivými klienty a jejich denní počet, pokud zároveň zanedbáváme výživu těla po všech stránkách, naši sebepodpoře tím rozebíráme jedny z jejích základních stavebních kamenů.

3.6 Stažení

Jak nám v dnešním tanci bylo, resp. jaký byl tento tanec v porovnání s naším obvyklým stylem tancování – s jinými klienty i s tímto konkrétním? Pohnuli jsme se někam vůbec? Anebo nám dalo tolik práce vůbec se sladit, nešlapat si na nohy, že jsme museli zůstat na místě? Jak nám je, když tanec skončí? Cítíme se v pohodě, nebo nás bolí celé tělo, padá na nás únava?

Po klientově odchodu je na místě se zamyslet jak nad průběhem tance (terapeutického sezení), tak nad tím, jak se cítíme po těle, jaké myšlenky se nám honí hlavou, jaké emoce prožíváme. Tato fáze je pro sebepodporu nesmírně důležitá – tanečník

jde na konci tréninku nebo po vystoupení do sprchy, případně na masáž či fyzioterapii, aby své tělo uvedl do perfektního, relaxovaného stavu. Terapeut by si též měl dopřát důkladnou očistu a odpočinek – k tomu je možné využít nejrůznějších relaxačních či meditačních technik, každý si experimentálně najde svůj ideální postup.

ZHASÍNÁME SVĚTLA...

Ačkoliv jsme se zaměřili na nutnou sebepodporu terapeuta, na to, jak „ustát“ obtížný tanec, nesmíme zapomínat, že terapeut není tím, kdo by měl vést, není tím, kdo by měl dopředu určovat kroky a směr tance, ale není ani tím, kdo by měl nechat klienta páchat na sobě násilí.

Kouzlem tance je nefalšovaná, autentická harmonie a z ní vznikající estetičnost doprovázená technickou precizností pohybu. Právě a jen z této souhry může vzejít nová zkušenost, nový vzorec prožívání, myšlení, který si klient i terapeut, odnášejí do každodenního života. Avšak zároveň platí, že harmonie či estetičnost neznamenají nutně dokonalost! Každý nepovedený úkrok na naší nebo klientově straně se může proměnit v cestu k novému, předtím netušenému horizontu...

Terapeut bude možná prvním člověkem, který na klientovo šlápnutí na nohu zareaguje prudce – možná bude prvním, kdo se v klidu zastaví, svou bolest bude sdílet, ale také klienta inspiruje k tomu, jak může svůj pohyb vést, aby napříště nejen nikomu na nohu šlápnout nemusel, ale aby měl z pohybu radost, aby si připadal elegantní a uvolněný. Proces však je i opačný – pokud má terapeut dostatek sebepodpory, uvědomění a flexibility, i on odchází z tanečního parketu proměněn a obohacen – ať už

o zbrusu nové kroky, anebo o nápady, které může uplatnit, až se s klientem opět sejdou.

Co si tedy z tanečního sálu odnést do terapeutické sesle? Metafora tance může posloužit jako reflexe celého sezení či vztahu s klientem, ale může i pomoci prozkoumat jednotlivé fáze našich setkání.

Pokud máme pocit, že v kontaktu s klientem ztrácíme kontakt se svou sebepodporou, může pomoci si naše setkání skutečně představit jako tanec – využít k tomu můžeme návodné otázky z jednotlivých výše uvedených částí kontaktního cyklu a směřovat k vytvoření komplexního obrazu – s jakou se ke klientovi přibližujeme a jak blízko či daleko stojíme či bychom si přáli stát, jak náš tanec na nás působí a jak se v něm cítíme, jak se v něm asi cítí klient a jak nás to oba ovlivňuje? Pro kreativnější z nás se samozřejmě nabízí možnost toto taneční držení znázornit kresbou, figurkami, hlinou, jako první pomoc, než se setkáme se supervizorem či kolegy. Rychlá představa tance však může pomoci i přímo během sezení.

Druhou možností aplikace je pak zaměření se na tu kterou část kontaktního cyklu neboli tance – víme-li, že nám dělá např. problém udržet s klientem krok, když začne o svém tématu hovořit, můžeme si projít část věnovanou „akci“ a zkoumat takřikajíc každý krok a hledat, co vede k našemu pocitu a jak bychom své kroky či posturu potřebovali změnit...analogicky pak lze postupovat ve všech ostatních fázích kontaktního cyklu.

Světla v sále se zhasínají...

Role autorů: autorka je jediným autorem tohoto článku.

Konflikt zájmů: bez konfliktu zájmů.

LITERATURA:

- Brooks, S. (2014). The Linguistic Dance Between Therapist and Client: the Hidden Potential to Verbally Construct and Construe Relational Dynamics. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 11 (1), 23–40.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage.
- Eirado Silva, do C., Oliveira, de C. S., Botelho Alvim, M. (2014) Dialogues Between Gestalt Therapy and Dance: Body, Speech and Sense. *Revista Ciencia em Extensao*, 10 (3), 41–55.
- Jacobs, L. (2016). Dialogue and Double Consciousness: Lessons in Power and Humility. *Gestalt Review* 20 (2), 147–161.
- Lane, L. G., Marlow, B. (1999). Self as Verb and the Metaphor of Dance: An Explanation of the Self Discovery Experience Within a Constructivist Framework. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 357–365.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie*. Praha: Portál.
- Mosak, H. H., Rasmussen, P. R. Dance as Metaphor of the Psychotherapeutic Encounter. *The Journal of Individual Psychology*, 58 (2), 109–121.
- Oaklander, V. (1988). *Windows to Our Children*. Highland: The Gestalt Journal Press.
- Oaklander, V. (2007). *Hidden Treasure: A Map to the Child's Inner Self*. London: Karnac books.
- Perls, F. (1996). *Gestalt terapie doslova*. Olomouc: Votobia.
- Perls, F. (1991). *Ego, Hunger and Aggression*. New York: Gestalt Journal Press.
- Philippson, P. (2012). *Gestalt Therapy: Roots and Branches*. London: Routledge.
- Pistole, M. C. (2003). Dance as a Metaphor: Complexities and Extensions in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40 (3), 232–241.
- Samaritter, R. (2009). The Use of Metaphors in Dance Movement Therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4 (1), 33–43.
- Slavin-Mulford, J. (2013). The Dance of Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50 (3), 419–423.
- Spagnuolo Lobb, M. (2016). *Gestalt Therapy with Children: Supporting the Polyphonic*

- Development of Domains in a Field of Contacts. In M. Spagnuolo Lobb, N. Levi, A. Williams (Eds.). *Gestalt Therapy with Children: From Epistemology to Clinical Practice*. Ist. di Gestalt HCC Italy.
- Spagnuolo Lobb, M. (2012). Toward a Developmental Perspective in Gestalt Therapy Theory and Practice: The Polyphonic Development of Domains. *Gestalt Review*, 16 (3), 222–244.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue & Process*. Highland: The Gestalt Journal Press.
- Zabolitzki, M. (2018). „Und sie tanzten einen Tango...“: Wechselwirkungen zwischen einer Patientin und ihrer Therapeutin – Empirische Ergebnisse und intersubjektive Theorie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 43, 257–275.
- Zinker, J. (2004). *Tvářící proces v Gestalt terapii*. Praha: Era.
- Došlo do redakce 31. 1. 2020, v revidovaném znění 19. 3. 2020. K publikaci přijato 23. 7. 2020.*

TRANS LIDI A RYBY ANEB V MOŘI GENDEROVÉ ROZMANITOSTI

Transsexuals and fishes or In a sea of gender diversity

Adam Suchý

Ordinace klinické psychologie, Prostějov, CZ; email: psycholog@adamsuchy.cz

Psychoterapie. 14 (2), 136–146; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Článek představuje základní diagnostické a terapeutické přístupy k transsexuálům, přičemž autor prezentuje vlastní pohled Gestalt terapeuta na celou problematiku. Zároveň varuje před diferenciálně diagnostickými omyly a moderními trendy rychlých diagnóz a zahájení tranzice v co neútlejším věku. Zamýšlí se také nad tím, zda skutečně existuje až 100 různých způsobů, jakými lze popsat tzv. gender, a nakolik dochází k zaměňování klinické a populární terminologie, a také k legitimizaci psychopatologie. Článek se pokouší mj. vymezit roli psychoterapeutů v této problematice nejen na poli odbornosti, ale také v širším sociálním kontextu. A nakonec si klade i otázku, zda stále platí až nápadně nízká prevalence poruch pohlavní identity, nebo dochází k dosud nezmapovanému nárůstu. A zda se stále ještě vzhledem k výzkumům jedná o poruchy duševní nebo spíše biologické, nebo dokonce o biologicko-environmentální, jejichž komplexitu kvůli tzv. systémové slepotě přehlízíme.

Klíčová slova: transsexualita, poruchy pohlavní identity, gender, tranzice, gestalt psychoterapie

ABSTRACT

The article presents basic diagnostic and therapeutic approaches to transsexuals. The author presents his own view of the Gestalt therapist on the whole issue. At the same time it warns against differential diagnostic errors and modern trends in rapid diagnosis and the initiation of transition at an early age. It also considers whether there are really up to 100 different ways of describing gender and the extent to which clinical and popular terminology are confused, as well as legitimizing psychopathology. The article also attempts to define the role of psychotherapists not only in the field of expertise but also in the wider social context. Finally it wonders whether the prevalence of gender identity disorders (GID) is still noticeably low or there is an uncharted increase. And whether research is still a mental disorder, or rather a biological one, or even a biological-environmental one, whose complexity is overlooked due to the so-called systemic blindness.

Key words: transsexuality, gender identity disorders (GID), gender, gender transition, gestalt psychotherapy

Podle některých moderních zdrojů existuje až 100 různých způsobů, jakými lze

popsat tzv. gender (Brito, 2019; Höschl, 2018 etc.). Otázkou ale je, zda tento trend skutečně přispívá k osvobození lidské duše z rigidních okovů tradičního rozdělení pohlaví, nebo odborníky i jejich klienty ta rozmanitost v moři identit naopak pomalu začíná táhnout ke dnu?

Nejprve je třeba překonat vlny způsobené nepřesnými překlady a terminologickými zmatky. Slovo *gender* bychom nejlépe přeložili jako *rod* a odráží společenskou roli jedince, je to sociální konstrukt. Jako takový může být mj. neustále přetvářen a doplňován. Oproti tomu *pohlaví* vychází z biologických základů a mnoho prostoru pro novátorství nenabízí. Můžeme se setkat s mužským a ženským pohlavím, a pak už jen s intersexuálem, tedy hermafroditem.

Cyril Höschl (Höschl, 2018) k tématu na různých místech uvádí, že pohlavní diferenciace probíhá na několika na sobě nezávislých úrovních: chromozomální (chromozomy XX nebo XY), gonadální (varlata nebo vaječníky), genitální (penis nebo děloha a pochva), hypotalamické (mužská nebo ženská hormonální soustava) a psychické (identita a gender). Pokud je navzájem zkombinujeme, můžeme údajně získat úctyhodných 63 variant pohlaví, ale je třeba si uvědomit, že v případě nesouladu faktorů určujících pohlavní diferenciaci se jedná o patologické odchylky v biologickém vývoji, a tedy o odbornou lékařskou problematiku. Není to svobodná vůle jedince a není to gender, který z povahy věci a definice navíc sám o sobě poruchou není (i když se s poruchami spojovat může, viz dále). K oněm sto podobám genderu se ale i tak dopočítáme jen stěží...

MÍCHÁNÍ POJMŮ A RIZIKO LEGITIMIZACE PSYCHOPATOLOGIE

Obecně jsou kategorie a kritéria duševních poruch v manuálech ICD a DSM nejméně stabilní, nejvíce se během revizí mění a podléhají módním trendům. V současnosti však kromě změn v DSM V a ICD 11 dochází k nepřehlednému míchání uznané klinické a diagnostické terminologie s novotvary a termíny genderových hnutí: *binar*, *gender fluid*, *demigender*, *multigender*, *gender neutrois*, *gender apathetic*, *novigender*, *bigender*, *gender variant*, *gender questioning*, *pangender* atd. atp. To vše bývá v neoborných, ale i odborných textech promícháno s psychiatrickými a biologickými pojmy. Ostatně samotná komunita LGBTIQ či v ještě rozšířené verzi LGBTQIA+¹ ve svém názvu kombinuje poruchy pohlavní identity, odlišnou sexuální orientaci a biologický hermafroditismus plus cokoli dalšího, co vás ještě napadne, anebo by vás nikdy ani nenapadlo.

Transsexualismus jako takový má oproti tomu zatím poměrně jasně stanovená diagnostická kritéria a taktéž jasně vyjádřenou genderovou příslušnost – lapidárně řečeno, muž se cítí být ženou a žena mužem. Proto předpona *trans* ve významu přes, napříč, z jedné strany na druhou. A proto se mimochodem někteří transsexuálové (častěji MtF²) brání tomu, aby strávili přinejmenším

¹ LGBTIQ: lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer/questioning.

LGBTQIA+: lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning, intersex, asexual + cokoli dalšího (non-binární, pansexuální atd.)

² Zkratka se používá pro identitu a přeměnu MtF, Male to Female (z muže na ženu) nebo FtM, Female to Male (z ženy na muže).

Adam
Suchý

PhDr. Klinický psycholog, gestalt psychoterapeut, soudní znalec. Pracuje v privátní psychologické praxi v Prostějově, je členem trenérského týmu Institutu Dialog, vede skupiny lékařů MOU Brno. S pacienty s poruchami pohlavní identity pracuje psychodiagnosticky a psychoterapeuticky více než 15 let.

rok svého života s přechodovým neutrálním jménem jako „to“. Psychologicky to smysl nedává, legislativně dosud ano.

Velká část jiných poruch pohlavní identity je často diferenciatně diagnosticky součástí jiné psychopatologie, a jako takovým jim podle mého názoru nepřísluší samostatná diagnostická terminologie a neměly by být legitimizovány jako varianta normy. Např. *gender fluid* nebo *multigender* může být doprovodným symptomem hraniční poruchy osobnosti. Setkal jsem se také s různými *gender variant* u psychotického pacienta, který požadoval přeměnu pohlaví. Podobné *gender* odchylky se mohou objevit u i transvestitismu dvojí role či tzv. *Tomboy fenoménu* (lesbická dívka se chová a vypadá jako chlapec, ale netouží po změně pohlaví a nesplňuje tedy kritéria pro transsexualismus).

Aby to nebylo málo zamotané, tak i člověk s hraniční poruchou osobnosti může být transsexuál. A mnoho z těchto *genderových*

variací může doprovázet i samotný transsexualismus, ale tyto variace a odchylky se v průběhu hormonální léčby a tranzice proměňují a jsou jakýmsi ukazateli na cestě k sobě sama. Není výjimkou, že pacient referuje o změně sexuální orientace během procesů směřujících k přeměně pohlaví nebo na začátku tranzice popisuje sebe sama jako asexuálního, což se změní ve chvíli, kdy si najde partnera/partnerku. Taktéž např. popis sebe sama jako *gender neutrois* (usilující o zbavení vnějších znaků pohlaví, bezpohlavní) případně jako *genderově neutrální* se postupem času mění s tím, jak si pacient více uvědomuje svou transsexualitu a získává větší sebepodporu ve své nové identitě.

V neposlední řadě může být mnoho z těchto popisovaných odchylek od běžné identity jen přechodným stavem, který doprovází i obyčejné dospívání a hledání sebe sama. Klíčovou otázkou potom je, zda pacienti, se kterými se setkáváme, našli např. v komunitě transsexuálů konečně podporu pro svůj coming out a odvahu k přihlášení se ke „své“ diagnóze, anebo zde naopak našli inspiraci pro řešení jiných zástupných problémů (dysfunkční rodinné prostředí, traumata, chybějící identifikační figury a vzory atd. atp.), aniž by sami skutečně byli transsexuální. A je potom v takových případech opravdu vhodné začít v co neútlejším věku s podáváním hormonů a preparátů blokuujících pubertu?

MINIKAZUISTIKA

Pacientka 46 let, VŠ, vdaná, 2 děti, vztahy v rodině harmonické. Osobnost strukturována depresivně, přichází pro úzkostné projevy, v práci není schopna nastavovat hranice, připadá si přepracovaná, ve stresu.

Postupně mj. popisuje problémy s dospívající dcerou, která jí připadá depresivní, obléká se jako kluk, nechala se ostříhat na krátko. Během dalších sezení uvádí, že našla dopis, který naznačuje, že dcera má i suicidální rozvahy. Proběhla konfrontace a pacientka dceři nabídla po předchozí konzultaci sezení u mě.

Dcera 17 let, habitus chlapecký, popisuje typický obraz transsexuality, již několik let ví, že se odlišuje, líbí se jí holky, nějakou dobu si myslela, že je to homosexualita, ale nyní ví, že to tak není, uvažuje o sobě jako o klukovi. Líbí se jí, když si ji někdo splete s klukem a říká jí v mužském rodě. Sama tak o sobě také začíná mluvit. Na internetu si našla, že to je transsexualita, je si tím jistá, chtěla by si především nechat odstranit prsa. Z chirurgických zákroků má ale strach a obává se i reakce okolí.

Nabízím komplexní psychologické vyšetření a kontakt na sexuologa, ale zároveň edukuji rodinu s tím, že pokud navštíví sexuologa zaměřujícího se na tuto problematiku, zřejmě budou na základě popisovaného klinického obrazu zahájeny kroky vedoucí k přeměně pohlaví. Díky harmonickému rodinnému zázemí rodiče mj. netlačí ani na jednu stranu, tedy nerozmlouvají dceři její záměr ani nenaléhají na návštěvu u sexuologa. Dcera si bere oddechový čas s tím, že není kam spěchat a rozhodne se sama. Psychologické vyšetření zatím odmítá. Oceňuje akceptaci ze strany rodičů a možnost otevřeného dialogu. S dcerou jsme se dál neviděli, matka pokračuje dál v terapii.

Během následujícího půl roku pacientka referuje, že dcera o sobě přestává mluvit v mužském rodě a nepožaduje to od okolí. Její nálada už není depresivní, je více sociálně otevřená, oblékání postupně přestává

být striktně chlapecké. Následně pacientka uvádí, že dcera již neuvažuje o ablaci prsou ani jiných invazivních zákrocích.

SOUČASNÉ TRENDY

Postup výše uvedený v kazuistice není bohužel obvyklý. Pokud se člověk rozhodne pro změnu pohlaví, navštíví příslušného sexuologa. Ten si vyžádá psychologické vyšetření, jehož primárním cílem je především vyloučit jinou psychopatologii, která by mohla být kontraindikací, případně diferenciatně diagnosticky odlišit, zda se nejedná o např. již zmiňované poruchy pohlavní identity u hraniční poruchy osobnosti, psychózy atd. Samostatný psychodiagnostický test zaměřený na transsexualitu totiž pro českou populaci normovaný není, zahraniční screeniny dostupné na internetu jsou pouze orientační.³ Dále pacient/ka absolvuje endokrinologické a interní vyšetření, ženy gynekologické, a pokud je vše v pořádku, je zahájeno podávání hormonů. Jestliže pacient/ka stráví rok v roli pohlaví, s nímž se identifikuje (tzv. RLT či RLE)⁴, je provedeno kontrolní psychologické vyšetření (nesmí být starší než 3 měsíce) a může předstoupit před komisi, která schvaluje chirurgické zákroky vedoucí ke změně pohlaví.

Ačkoli k uvedeným chirurgickým zákrokům může dojít až po dosažení 18 roku života, redukční mammaplastika či ablace prsou může být (a bývá) schválena dříve.

³ Např. <https://www.psychom.net/adult-gender-dysphoria-test/>

⁴ Používají se oba termíny, častější je RLT (Real Life Test), osobně chápu RLE (Real Life Experience) jako izolovanou zkušenost s vystupováním v roli opačného pohlaví před jinými lidmi a RLT jako rok strávený v roli opačného pohlaví ve všech prostředích, jak je v ČR legislativně vyžadováno.

A jak již bylo řečeno, současným trendem je časná blokáda puberty chemickou cestou a následně podávání feminizujících nebo maskulinizujících hormonů. Nejmladším klientům, kteří ke mně aktuálně přicházejí, je 13 let... Pokud jsme si diagnosticky jisti, potom to má své opodstatnění, sekundární pohlavní znaky ještě nejsou výrazné, u chlapců nenaroste muskulatura a zpomalí se fyzický růst, takže výsledek celkové přeměny je přesvědčivější a realističtější, než když přijde klient v 55 letech (neboť i v tomto věku přicházejí). Také nedochází ke komorbidním psychickým poruchám pramenícím z nepřijímání vlastního těla (deprese, anxieta, sociální izolace, automutilace atd.) a jejich chronifikaci.

Pravda, lodičky velikosti 48 se shánějí špatně a výsledek tranzice v pozdějším věku především u MtF nebývá vždy ideální, ale můžeme si být skutečně diagnosticky jisti u třináctiletého člověka? Jednoznačně můžeme pouze konstatovat, že vývoj osobnosti a celkový psychický vývoj v tomto věku rozhodně ukončený není a bude se ještě měnit. Známe odpověď na otázku, kolik tranzicí v tuto chvíli probíhá u podobných klientů či klientek, kteří neměli to štěstí na rodinné zázemí jako v uvedené kazuistice a nespěchali za rychlým řešením? Jistě, ani příběh uvedený v kazuistice nedospěl ke svému konci, takže se může stát, že u dcery mé pacientky bude nakonec transsexualita potvrzena, ale nemyslím si, že rychlost je to, co tato diagnóza s ohledem na (od určité fáze procesu) ireverzibilní a razantní invazivní zásahy do organismu potřebuje.

Podle mých zkušeností je Česká republika někde uprostřed mezi odmítáním a ostrakizací této diagnózy na jedné straně a nad-

měrně liberálním přístupem ve stylu „řekni si, čím chceš být a my ti to splníme“ na straně druhé. Situace na východě od našich hranic je spíše neuspokojivá a mj. přispívá k rozvoji „trans turistiky“, kdy u nás přibývá klientů ze Slovenska, a dokonce i z Ruska. Některým slovenským klientům byla totiž v jejich domovině odmítnuta lékařská péče a vyšetření ve chvíli, kdy zdravotníci zjistili účel požadovaných výkonů, jiní byli rodinou a okolím nuceni vyhledat exorcistu a absolvovat vymítání ďábla. Ruští klienti, se kterými jsem se setkal, pochybnosti o pohlavní identitě ve své vlasti raději vůbec neventilují.

Oproti tomu především evropské severské státy a USA posouvají hranice liberálního přístupu stále dál a dál, takže v některých zemích či státech severní Ameriky již není nutno pro některé úřední, ale i fyzické změny pohlaví absolvovat odborné vyšetření či schvalování před komisí (Chalupská, 2014)⁵. Tomu odpovídají i úpravy v DSM V a následně ICD (MKN) 11, které podporují proces depatologizace transsexuality. Termín Gender Identity Disorder (GID) byl oficiálně nahrazen termínem Gender Dysphoria a fokus není již zaměřen na identitu jako takovou, ale na posouzení intenzity subjektivního prožitku stresu, který trans lidé zažívají v případě nesouladu se svým biologickým pohlavím. Tento krok v podstatě znamená, že transsexualita jako

⁵ Problematiku změny pohlaví v ČR upravuje Občanský zákoník § 29, část první, hlava druhá, který vešel v účinnost v lednu 2014. Toho samého roku vešel v Dánsku v platnost zákon, který umožňuje vydat jedinci úřední dokumenty, které odpovídají jeho genderové identitě, aniž by musel být diagnostikován nebo podstoupit chirurgické zákroky (v ČR je k úřední změně rodného čísla a dokladů nutná mj. hysterektomie a sterilizace).

taková již není psychickým onemocněním či poruchou a dále ji zřejmě čeká stejný osud jako před třiceti lety homosexualitu – bude pravděpodobně zcela vyškrtnuta ze seznamu duševních nemocí.

PSYCHOTERAPIE REALITOU

Je jasné, že psychiatrická či psychotherapeutická léčba transsexuality jako takové (pokud se tedy skutečně jedná o transsexualitu) je neúspěšná, i když podobné pokusy byly samozřejmě prováděny (Fifková, Weiss, 2008; Baker, 1969). Mozek (zatím) přeprogramovat neumíme, tělo ano. Současná psychotherapie transsexuálů je tedy zaměřena na běžné okruhy, jaké známe z práce s jinými klienty. Pokud se budeme držet Gestalt psychotherapie, potom je to především zvyšování uvědomování, práce se sebedoporou a kontaktoými funkcemi (Perls, Hefferline, Goodman, 2004; Yontef, 2009; Mackewn, 2004 etc.). Jsou zde samozřejmě přítomna specifika vyplývající z primární diagnózy (viz dále), ale je třeba si uvědomit, že transsexuálové zdaleka nevyhledávají a neabsolvují psychotherapii tak, jak je uváděno v moudrých knihách a jiných publikacích.

Významným diagnostickým a zároveň terapeutickým nástrojem je totiž zmiňovaný Real Life Test (RLT) sám o sobě. Rok života strávený v roli pohlaví, se kterým jsou pacienti identifikováni, jednak poměrně spolehlivě vyfiltruje falešně pozitivní diagnózu, ale také velkou měrou přispěje k celkovému zlepšení psychického stavu a kvality života. Proces přeměny je účinnou terapií. Při srovnávání psychologických vyšetření před a po RLT obvykle konstatují lepší sebezpečí, sebevědomí a sebezpečí, větší sociální otevřenost a lepší psychickou stabilitu celkově. Depresivní či anxiózní

symptomatika je méně výrazná nebo vymizelá, pokud docházelo k automutilacím, tak již nejsou přítomny, lze pozorovat výraznější spontaneitu a komunikativnost. Dokonce díky celkově lepší psychické kondici dosahují transsexuálové při kontrolním vyšetření i lepších výsledků v kognitivních testech.

Některé kruhy odborné sexuologické společnosti považují za vysloveně neadekvátní požadavek, aby byl RLT uskutečněn před začátkem hormonální terapie. Osobně se ale domnívám, že je to jedna z možností, jak zabránit diagnostickým omylům a medicínským přešlapům, a to i navzdory tomu, že podle některých klientů i odborníků by se jednalo o traumatizující zkušenost. Máme-li sledovat podle etických principů blaho pacienta a neškodit (beneficence a non-maleficence), potom je jistě větším traumatem ireverzibilní a invazivní zákrok do organismu pacienta, který byl chybně diagnostikován jako transsexuál.

Hlavními tématy psychotherapie, pokud ji trans lidé vyhledají, jsou potom sociální adaptace, coming out a adaptace v nové roli. Ta zahrnuje do jisté míry i znovuprožití puberty, a to nejen kvůli hormonálnímu zásahu do organismu, ale i kvůli odchýlenému vývoji od psychicky prožívané identity a nesplněným vývojovým úkolům: „Když se v pubertě kluci nebavili s holkama a považovali je za blbé, nepatřila jsem nikam. Holky mě jako biologického kluka nebraly a klukům jsem jako holka nerozuměla. Teď se musím v tomto věku znovu učit, jak mluvit jako žena s muži, jak flirtovat, jak se líčit a co mi sluší. Vlastně teprve teď hledám svůj styl, což už mají jiné ženy dávno za sebou a já za nimi mám zhruba 20 let zpoždění,“ uvedla při sezení jednačtyřicetiletá pacientka MtF po úspěšné tranzici.

Obvyklejší je, že transsexuálové vyhledají psychoterapii v případě, že něco nejde podle plánu nebo je natolik specifické, že si s tím navzdory kontaktům s trans komunitou nevědí rady. Např. pacient/ka FtM před plánovanou tranzicí otěhotní, což výrazně dekompenzuje její stav, protože gravidita zdůrazní její femininní rysy a roli. Nebo se pacientka MtF žijící před tranzicí jako manžel a otec dítěte ve funkční rodině dohodne se svou partnerkou a synem, že s nimi bude i nadále tvořit rodinu. Protože však legislativa nařizuje před chirurgickou přeměnou pohlaví rozvod, budou nyní obě partnerky nově usilovat o registrované partnerství. Zároveň v párové terapii řeší neshody ohledně péče o domácnost a rozdělení rolí, protože pacientka MtF odmítá nyní dělat mužské práce...

Za poměrně zásadní považuji at už v rámci psychodiagnostické explorace či psychotherapeutické práce s projekcemi podrobné zkoumání a propracování očekávání. Tedy představy, co všechno bude jinak po nasazení hormonální terapie a co všechno bude jinak po chirurgických zákrocích. Několik let jsem psychotherapeuticky pracoval s klientem MtF, který byl sice původně správně diagnostikován jako transsexuál, ale nedůsledně ve smyslu dalších osobnostních rysů a struktury. Ty se během therapeutických sezení ukázaly jako výrazně nezralé a narcistické, a teprve během psychoterapie odhalil svá původní očekávání a projekce: Pacientka byla přesvědčená, že tranzice natolik změní její původní mužské rysy a posílí ty ženské, že se stane supermodelkou a bude muži adorována. Když si během probíhající přeměny pohlaví uvědomila, že je to představa reality velmi vzdálená, zůstala v podstatě na půli cesty mezi mu-

žem a ženou a upadla do hluboké deprese.⁶

Poslední uvedený příklad znovu ukazuje nejen na význam edukace (mj. třeba o nevratnosti změn, zdravotních rizicích, které nejsou dosud longitudinálně zkoumány atp.) a důsledné explorace, ale především času, který pacientům věnujeme. Jedno psychologické a jedno sexuologické vyšetření prostě nemusí být dost, i když je klinický obraz na první pohled jasný a diagnostická kritéria jsou splněna. V této souvislosti vnímám jako důležité prohlášení České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, které vydala k léčbě genderové dysforie v dětství, a kde mj. považuje současný trend řešení poruch pohlavní identity především před 18 rokem věku za nebezpečný a neetický.⁷

Z výše uvedeného také vyplývá, že terapii navštěvují více klienti MtF. Transsexuální muži začínají s tranzicí později, protože nejsou tak konfrontováni s tělesnými změnami jako ženy. Jejich přeměna a adaptace jsou přitom horší, protože holka s krátkými vlasy v chlapecké mikině příliš pozornosti nevzbuzuje, zatímco dvoumetrový osvalený muž v sukni, kterému pod make-upem prosvítají vousy, přitáhne pozornost okolí téměř jistě. Také finální výsledek chirurgické přeměny vychází lépe ve prospěch FtM, výslední muži jsou někdy jen drobnější, ale často k nerozeznání od přírodou zamýšleného originálu.

⁶ Česká republika má již svou první transgender modelku Pefu Nitku, ale „modelkovské“ parametry rozhodně nelze automaticky očekávat od každé tranzice MtF.

⁷ Celé znění prohlášení naleznete zde: <http://cspap.cz/prohlaseni-ceske-spolecnosti-pro-psychoanalytickou-psychoterapii-k-lecbe-genderove-dysforie-v-detstvi-a-dospivani/>

GESTALT OPTIKA: RETROFLEXE IDENTITY

Podle Antonia Damasia (Damasio, 2000) sídlí vědomí Já (tedy uvědomované Já) v pons Varoli v mozkovém kmeni. Ten nám mj. zaručuje, že když se každé ráno probudíme, víme, že jsme to my. Zde sídlí kontinuita naší vlastní existence, ego, self, zde prožíváme sami sebe s celou svou historií, přítomností i uvažovanou budoucností, svou vlastní identitu. A jaký je to asi pocit, když se ta nejdůležitější figura (FDF)⁸ nemůže rozvinout?

Viděno přes optiku Gestalt terapie můžeme konstatovat, že transsexuálové prožívají od každého jednoho rána masivní a chronickou retroflexi, ke které se přidružují další narušení kontaktního cyklu (deflexe, projekce atd.). Snaha potlačit vlastní identitu je velmi vyčerpávající, a jako každá habituální retroflexe může vést k únavě, depresím, úzkostem, psychosomatické reaktivitě atp. Tedy k přidružené psychopatologii, se kterou se poměrně běžně při klinickém vyšetření transsexuálů setkáváme. Není to ovšem jen figura vlastní identity, ale i drobné každodenní potřeby, které nemohou být v cyklu FDF plně rozvinuty a uspokojeny. Jen namátkou: Jít na bazén. Jít na záchod dle své identity. Promluvit o sobě v opačném rodě. Obléct si to, co se mi líbí. Dělat sport, který přísluší spíše opačnému pohlaví. Uspokojit sexuální potřeby způsobem, který se neslučuje biologickou tělesnou schránkou. Nevysvětlovat každému úředníkovi či policistovi na základě předložených dokladů, kdo jsem a jak to se mnou je. Atd. atp.

⁸ V teorii Gestalt psychoterapie FDF (formování a destrukce figury) znamená mj., že potřeba, která je v popředí, neustále tlačí na to, aby byla uspokojena, a dokud se tak nestane, ustupuje do pozadí jen krátkodobě.

Jednoduše řečeno, to, co my tzv. cisgenderové lidé (tj. lidé, jejichž genderová identita odpovídá pohlaví) považujeme za samozřejmou startovní pozici a obvyklé pozadí pro naše další potřeby a snažení, je pro transgenderové lidi hlavně ze začátku nedosažitelným snem a cílem, který se neustále vrací do popředí a ovlivňuje veškerou každodennost. To je specifikum, které je třeba mít při psychoterapii na paměti, ale zároveň jak vyplývá z výše uvedeného, stále pracujeme s principy a narušeními, která již dobře známe. Obvyklé obavy typu „toho do terapie nechci, nemám s tím zkušenost“ proto nejsou na místě.

PREVALENCE – RYBNÍK NEBO MOŘE?

Na základě osobní zkušenosti i studia mnoha současných informačních zdrojů se domnívám, že v populaci dochází k nárůstu poruch pohlavní identity.⁹ Shodujeme se na tom i s kolegy, kteří s tímto typem klientely pracují, byť oficiální zdroje stále uvádějí optimisticky zanedbatelná promile výskytu genderové dysforie: 0,005–0,014 % mužů a 0,002–0,003 % žen (DSM V, 2015). Co ale za tímto zřejmě dosud nedostatečně zmapovaným nárůstem stojí?

Interpretace se liší podle toho, jakou hypotézu etiologie transsexualismu považujeme za platnou. Americká lékařka Lisa Littman (Littman, 2018) ve své vědecké

⁹ Mezinárodní nadace pro gender vzdělávání z Massachusetts odhaduje počet osob s poruchou pohlavní identity v populaci asi 20x až 60x větší, než je počet osob, které přeměnu pohlaví dokončily. Primářka Petra Sejblová uvádí v médiích na různých místech nárůst pacientů nejen na sexuologii FN Brno a jiných centrech v ČR, ale i nárůst počtu žádostí o změnu pohlaví evidovaných odbornou komisí – zatímco v roce 2012 to bylo v ČR 25 lidí, v loňském roce 125.

studii popisuje současnou zvyšující se prevalenci poruch pohlavní identity jako *sociální nákazu* a na základě dotazníku administrovaném rodičům adolescentů dokládá, že genderová dysforie se objevuje skupinově – adolescenti objevují svou transsexualitu na základě delšího kontaktu s jinými transsexuály (ať již se jedná o reálný kontakt nebo prostřednictvím internetu). V těchto skupinách potom dochází nejen ke vzájemnému utvrzování v genderové dysforii, ale také např. v nedůvěře k profesionálům z oboru klinické psychologie a psychiatrie. Rodiče těchto adolescentů mj. referovali, že se často ze strany mladistvých jednalo o náhlé sdělení bez toho, že by si všimli v předchozím vývoji jakékoli odlišnosti či nesouladu v jejich identitě a roli.

Osobně mám také zkušenost s klienty (s těmi s větší schopností sebereflexe a introspekce), kteří při vyšetření spontánně připouštějí, že jsou možná indoktrinováni transsexuálními komunitami, a že by si své postoje potřebovali nejprve ujasnit. Velkou roli v této možné indoktrinaci hrají témata jako pocity přijetí ze strany komunity a příslušnosti k sociální skupině, která s velkou (místy až bezbřehou) tolerancí akceptuje jedince v jeho rozmanitosti a jinakosti (jež ovšem nemusí být nutně transsexuální). Znamená to tedy, že přihlášení se k transsexuální identitě a komunitě může být i zástupným způsobem, jakým někteří jedinci řeší jiné psychické potíže. V neposlední řadě mohou hrát svou roli politicko-sociální faktory s akcentací individualismu, svobody a korektnosti, které vytvářejí dojem, že každý se může stát čímkoli se mu zachce, a nemělo by mu v tom být nijak bráněno.

Odpůrci sociálních a psychologických hypotéz etiologie transsexualismu oproti tomu jednak tvrdí, že nárůst není tak dramatický, a jednak jej vysvětlují jednoduše větší odvahou pro coming out, kterou podporuje liberální prostředí euroamerické civilizace. Pravdou je, že současná věda se přiklání k biologickým teoriím vzniku transsexualismu s tím, že vedle těch genetických aktuálně převládají teorie hormonální.

Ty předpokládají vystavení fétu ve druhém trimestru prenatálního života vlivu ženských sexuálních hormonů estrogenů a gestagenů, nebo naopak mužských sexuálních hormonů androgenů. Změny hladin specifických pohlavních hormonů vedou k trvalým strukturálním nebo biochemickým změnám těch oblastí mozku, které jsou spojeny s celoživotními variacemi chování v pohlavní roli (identitou). Nadprodukce, respektive nižší produkce může být způsobena nedostatkem enzymů a podpořena mateřským stresem v kritických obdobích prenatálního vývoje (Fifková, 2002).

Dovolím si teď trochu divergentní myšlenkové ekvilibristiky. Daniel Coleman (Coleman, 2014) v jedné ze svých knih popisuje tzv. systémovou slepotu – zaměřujeme se na události blízké v čase a prostoru, a navíc natolik úzce, že přehlízíme dynamiku rozsáhlejších systémů a nejsme schopni vnímat jejich komplexitu. Popisujeme vedlejší efekty, ale v systému žádné neexistují, jsou jen účinky předvídané, nebo naopak nepředvídané. Jak tato tvrzení můžeme aplikovat na problematiku transsexualismu?

Dnes již existuje nespočet studií, výzkumů a publikací (např. Jáníšová, 2013), které dokazují, že v hydrologickém cyklu země jsou přítomny cizorodé hormonálně

aktivní látky (tzv. xenohormony či endokrinní disruptory), které jsou obsaženy především v hormonální antikoncepci, lécích, čistících prostředcích či kosmetice. Pokud je nějaká cizorodá látka označena za hormonálně aktivní, znamená to, že je schopna aktivovat odpovídající receptory v těle živočichů i člověka. Úbytek spermií a zvýšená neplodnost jsou za poslední desetiletí dávány do souvislosti právě s přítomností hormonálně aktivních látek ve vodě a v životním prostředí obecně.

Když se teď rozhledneme po celém našem systému, po širých vodách genderové rozmanitosti, a to obrazně i doslova, nabízí se ještě jedna souvislost. Již v roce 1996 uveřejnil časopis *New Scientist* (Pearce, 1996) článek, který dával do souvislosti zvyšující se koncentraci hormonálně aktivních látek se změnami pohlaví u ryb. Některé ryby mění své pohlaví během vývoje přirozeně, ale biologové v posledních letech zaznamenávají výrazný nárůst změn pohlaví i u ryb, které tuto dispozici nemají. Jinými slovy, přibývá transsexuálních ryb. Charles Tyler (Tyler, 2014) ve své studii mj. dokumentuje, že každá pátá ryba testovaná v anglických řekách má transgenderové rysy. Protože pohlavní hormony jsou evolučně velmi staré a stejné pohlavní hormony jako člověk mají i ostatní savci, ptáci, plazi, obojživelníci a ryby, může látka poškozující pohlavní hormonální systém ryby uškodit i u člověka, a naopak.

Je to možná odvážná teorie, ale pokud platí, že nejpravděpodobnější příčinou lidského transsexualismu je hormonální dysbalance, neměli bychom ve světle výše uvedeného začít uvažovat i o faktorech environmentálních a ekologických?

BÝTI BEZPEČNÝM PŘÍSTAVEM

I když je situace jakkoli nepřehledná, pohlavní role proměnlivé a transsexualismus poruchou duševní nebo biologickou nebo environmentální nebo vlastně vůbec žádnou, naše odborná role by měla zůstat pokud možno stálá. Neměli bychom přehlížet kritéria dosud platné klasifikace nemocí (např. podmínka nejméně 2 let transsexuální identity jako by ze zorného pole některých kolegů úplně vypadla)¹⁰, vhodné by bylo seznámit se také s mezinárodními standardy WPATH, i když česky nejsou dostupné.¹¹ Domnívám se, že bychom měli upozorňovat na uvedené pochybnosti a rizika, explarovat prohlášení o identitě a genderových odchylkách a nepřijímat je automaticky tak, jak od klientů přicházejí (přesto nebo právě proto, že je to diagnóza, která je snad nejvíce založená na subjektivním prožitku pacienta). Měli bychom méně podléhat moderním trendům a jednoduše používat nejen odborné znalosti, ale také zdravý rozum. Víme, že změna je možná, jen pokud si dovolíme věci pojmenovat tak, jaké skutečně jsou, i kdyby to mělo být pojmenování nepopulární či nekorektní.

Byť mohou být diagnostická kritéria a pravidla péče omezující, stereotypní či již překonaná, právě díky nim můžeme ve všem tom rozmanitém vlnobití zůstat bezpečným přístavem i pro ty, které sžírá nejistota a problémy, a přitom nemají náтуру svou odlišnost

¹⁰ MKN 10 (1992, 2000): Pro stanovení této diagnózy by měla být transsexuální identita přítomna trvale alespoň 2 roky.

¹¹ Organizace WPATH (The World Professional Association For Transgender Health, Inc.), dříve HBGDA, definuje mezinárodně uznávané základní standardy péče o transsexuální pacienty. Aktuální je 7 verze z roku 2012. www.wpath.org

proklamovat v médiích nebo v jiném veřejném prostoru. A když už jsem se zhostil této agitace, tak v neposlední řadě si myslím, že bychom k celé problematice měli přistupovat s pokorou a s vědomím, že toho pořád ještě víme docela málo. Pracujeme totiž s hypotézami a pravděpodobnostmi, nikoli s jistotou.

(Příspěvek zazněl ve zkrácené podobě na Gestalt konferenci v Mikulově 2019 pod názvem **Transsexualismus: zkušenosti s diagnostikou a terapií.**)

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA

- Brito, J. (2019): *64 Terms That Describe Gender Identity and Expression*. <https://www.healthline.com/health/different-genders>
- Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L. J. G. (1999): Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 46(4), 315–333.
- Coleman, D. (2014): Systémová slepota. In Coleman, *Pozornost – Skrytá cesta k dokonalosti* (s. 142–152). Brno: Jan Melvil Publishing.
- Damasio, A. (2000): *Descartesův omyl*. Praha: Mladá fronta.
- DSM V (2015). Praha: Testcentrum.
- Fifková, H. a kol. (2002). *Transsexualita: Diagnostika a léčba*. Praha: Grada.
- Fifková, H. a kol. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004): *Psychiatrie*. Praha: Tis.
- Höschl, C. (2018): *Máme minimálně 63 pohlaví*. <https://dvojka.rozhlas.cz/cyril-hoschl-mame-minimalne-63-pohlavi-7630382>
- Chalupská, L. (2014). *Transsexualita v českém právním řádu v kontrastu cizích moderních úprav*. <https://www.pravniprostor.cz/clanky/rekodifikace/transsexualita-v-ceskem-pravnim-radu-v-kontrastu-cizich-modernich-uprav>
- Jánišová, M. (2013): *Hormonální látky ve vodách*. Brno: Lipka.
- Littman, L. (2018): *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>. Datum přístupu 18.4.2020.
- Mackewn, J. (2004): *Gestalt psychoterapie. Moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- MKN 10 (1992, 2000). Praha: Psychiatrické centrum.
- Pearce, F. (1996): *Hormones blamed for sex-changes fish*. <https://www.newscientist.com/article/mg15220560-800-hormones-blamed-for-sex-change-fish/> Datum přístupu 13. 3. 2020.
- Perls, F. S., Hefferline, F. E., Goodman, P. (2004): *Gestalt terapie. Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. Praha: Triton.
- Shulman, P., Holt, N., Hope, D. (2017). A Review of Contemporary Assessment Tools for Use With Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 4(3), 304–314.
- Tyler, Ch. (2014): *Endocrine disrupting chemicals in aquatic ecosystems: Impacts on new policies and guidelines, and economic benefits for the UK*. <https://impact.ref.ac.uk/casestudies/CaseStudy.aspx?Id=37264>
- Pechová, O. (2010): Muž, nebo žena? Pohlaví nejasné. *Psychologie dnes*. 16(2), 30–33.
- Weiss, P. (2008): *Sexuální deviace*. Praha: Portál. WPATH: wpath.org
- Yontef, G.M. (2009): *Gestaltterapie – uvědomování, dialog a proces. Historie a současnost*. Praha: Triton.

Došlo do redakce 18. 2. 2020, v revidovaném znění 18. 4. 2020. K publikaci přijato 25. 4. 2020.

GESTALT THEATRE – INTEGRACE APLIKOVANÉHO DRAMATU DO GESTALT TERAPIE

Gestalt Theatre – Integration of Applied Drama into Gestalt Therapy

Tomáš Andrášik

*Zázemí – terapeutické centrum, z. s., Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
e-mail: andrasikt@gmail.com*

Psychoterapie. 14 (2), 147–169; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Gestalt Theatre je integrativní přístup k terapeutické práci. Stojí pevně zakotven v konceptuálním rámci a filosofii Gestalt terapie, do které přijímá osvědčené postupy a principy z dramaterapie, aplikované divadelní improvizace a divadla prožitku. Článek se věnuje základním teoretickým východiskům, ze kterých Gestalt Theatre vyrůstá. Argumentuje komplementaritu a blízkost Gestalt terapie a aplikovaného dramatu a užitečné faktory jejich propojení v terapeutické praxi.

Klíčová slova: Gestalt Theatre, Gestalt terapie, drama, divadlo prožitku, expresivní terapie, improvizace, divadlo.

ABSTRACT:

Gestalt Theatre is an integrative approach to psychotherapy. It stands firmly grounded in the conceptual framework and philosophy of Gestalt therapy, into which it brings the best practices and principles from drama therapy, applied theatre improvisation and the theatre of the experience. The article defines the underlying theoretical framework for Gestalt Theatre. It argues for the natural proximity and connection of Gestalt therapy and applied drama and useful principles of their interconnection in therapeutic practice.

Key words: Gestalt Theatre, Gestalt therapy, drama in therapy, theatre of experience, expressive therapy, improvisational theatre.

1. ÚVOD

Gestalt Theatre je integrativní přístup k terapeutické práci. Autorkou základních tezí je španělská Gestalt terapeutka a učitelka herectví Claudia Fres¹, která jej představila ve své absolventské práci² (Fres, 2013) v rámci španělské asociace pro Gestalt terapii³. V roce 2014 otevřela tříletý postgraduální výcvik pro Gestalt terapeuty⁴. Jedním z absolventů tohoto výcviku je také Diego Marín, který od roku 2017 pravidelně provází workshopy v České republice⁵ a dalších evropských zemích.

¹ Celým jménem Claudia Beatriz Shifres Berenstein. Claudia Fres je jméno, které běžně profesně používá, a proto jej v souladu s přáním autorky budeme používat i v této práci.

² S laskavým souhlasem autorky je v tuto chvíli práce v procesu překladu do ČJ na katedře sociální pedagogiky pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. Vybrané pasáže byly konzultovány s překladatelem.

³ Asociación Española terapeútica Gestalt (www.actg.es).

⁴ Escuela Española de teatro terapia Gestalt (<http://www.escuelateatroterapiagestalt.es/>)

⁵ Od roku 2017 jsme realizovali tři víkendy s Diegem Maríнем, čtvrtý je v plánu na podzim 2020. Ve stádiu příprav je dvouletý mezinárodní kurz, který se uskuteční v letech 2021–2022.

Claudia Fres vycházela především z vlastních profesních zkušeností. Patnáct let praxe Gestalt terapeutky propojila s pětadvacetiletou zkušeností v oblasti divadla, hereckého tréninku a režie, na jejichž základech metodu vystavěla. Jejím specifikem je, že zasazuje prvky hereckého tréninku, konkrétně Živého divadla⁶, do terapeutického rámce. Dalším zdrojem pro tento text jsou workshopy, materiály a výměna zkušeností s Gestalt terapeutem Diegem Marínem plynoucí z intenzivní spolupráce v uplynulých čtyřech letech. V neposlední řadě nabízím také vlastní postřehy a zkušenosti s výukou aplikovaného dramatu, divadelní improvizací, Gestalt terapií a vlastního zkoumání pole, kde se tyto přístupy prolínají⁷. Text integruje výše zmíněné poznatky.

Cílem tohoto článku je představit základní principy Gestalt Theatre české odborné veřejnosti, a především nabídnout pro praxi integraci Gestalt terapie a aplikovaného dramatu. Jedná se o relativně nový přístup, který je ve fázi teoretického uchopování, formulování předpokladů, praktického prozkoumávání a pozorování. Jako jeden z prvních kroků tohoto procesu předkládám teoretický rámec, který ilustruje vzájemnou komplementaritu Gestalt terapie a aplikovaného dramatu. Zaměřím se na to, co mohou drama a divadlo nabídnout ve službách Gestalt terapie. Věřím, že tento článek ilus-

truje terapeutický potenciál, který toto spojení skýtá.

Aplikované drama a improvizace stály na počátku mé cesty ke Gestalt terapii. Když se ohlédnu zpět v čase, jsem přesvědčen, že deset let v improvizáční skupině a mnohé kurzy a semináře aplikovaného dramatu byly mým prvním sebezkušenostním výcvikem. V procesu výběru psychoterapeutického výcviku jsem procházel knihu J. Mackewn (2004) a uvědomil si, že jinými slovy pojmenovává mou dosavadní zkušenost s divadelní improvizací a dramatem. Pro Gestalt terapeutický přístup jsou platné stejné principy – „teď a tady“, holistický přístup k člověku, zaměření na proces, kreativita. Principy improvizáčního divadla téměř do puntíku korelují s dimenzemi kreativního přizpůsobení (Parlett, 2003), o nichž bude řeč níže. To mi umožnilo porozumět mé dosavadní zkušenosti s dramatem a uvědomit si jeho terapeutickou hodnotu, s níž jsem se už nějakou dobu setkával v roli lektora a dále setkávám i jako psychoterapeut.

V následujících kapitolách nejprve vysvětlím klíčové pojmy a název Gestalt Theatre. Budu se věnovat konceptu divadla prožitku, dramatické improvizaci a dalším fenoménům spojeným s dramatem a divadlem, které jsou terapeuticky významné. Představím postupy Gestalt Theatre v kontextu skupinového aranžmá, popíšu roli psychoterapeuta a zasadím Gestalt Theatre do teoretického rámce Gestalt terapie.

2. PŘES KLÍČOVÉ POJMY KE GESTALT THEATRE

Nejprve si dovolím krátký exkurz do termínů drama, divadlo, dramaterapie, teatroterapie, a následně vysvětlím pojmenování

⁶ Teatro de la Vivencia, Theatre of the Experience, v ČJ také divadlo prožitku, odkazuje na Systém K. S. Stanislavského a další autory a přístupy k herecké práci, které z něj vycházejí.

⁷ K lednu 2020 v Brně byly dokončeny dva běhy sebezkušenostní skupiny Gestalt Theatre, třetí běh je v polovině. V únoru 2020 začala skupina v Praze. Na pedagogické fakultě Masarykovy univerzity mohou studenti absolvovat několik kurzů, které se uvedených témat dotýkají.

Gestalt Theatre, jelikož v sobě nese jistá terminologická úskalí.

Výraz *drama* má v českém jazyce vícero významů a konotací. Jones otevírá svou publikaci o dramaterapii citací z Esslina (in Jones, 1996): „Drama je mimetická⁸ činnost, je aktem napodobování či reprezentace lidského jednání (s. 1).“ Machková (1998) uvádí „vzájemné jednání osob v rámci dramatické hry (s. 32)“. Je-li tato činnost použita k účelům jiným než estetickým, jako je třeba psychoterapie či vzdělávání, můžeme pro zpřesnění hovořit o „*aplikovaném dramatu*“ jakožto zastřešujícím pojmu (Remsová, 2011, p. 19). Dále v textu již budeme hovořit jen o *dramatu* právě v tomto významu. Taktéž *divadlo* má své aplikované formy a může být využíváno v terapii, vzdělávání, při oslovování a řešení sociálních problémů. Klíčovým rozdílem je, že *drama* je zaměřené na proces, orientuje se dovnitř do skupiny (respektive na jedince). O *divadle* pak hovoříme v případě, jsou-li naše cíle výhradně estetické nebo je jedním z cílů naší práce divadelní produkt, představení. Cílovou skupinou v takovém případě mnohdy nejsou jen tvůrci představení, ale také jeho recipienti.

Analogicky v terapeutickém kontextu o *dramaterapii* hovoříme jako o činnosti procesně zaměřené na skupinu či jedince, kdy využíváme dramatu s „léčebnými záměry“ (Jones, 1996, p. 6.). Valenta (2011) nabízí definici National Association for Drama Therapy ve Spojených státech: „Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických / divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace



**Tomáš
Andrášik**

Mgr. Pracuje v soukromé psychoterapeutické praxi v Brně a provádí klienty sebezkušennostními skupinami Gestalt Theatre. Je v supervizní části výcviku v integrativní Gestalt psychoterapii INSTEP. Působí také na pedagogické fakultě Masarykovy univerzity, kde se zabývá tématem sebezkušenosti v profesní přípravě pedagogů a aplikovaným dramatem. Věnuje se deset let improvizacímu divadlu a jeho přesahům.

a osobního růstu (p. 23).“ Ve vlastní definici (ibid.) pak podtrhává její terapeuticko-formativní dimenzi, zaměření spíše na skupinovou práci, a také podporu osobnostně sociálního růstu a integrace osobnosti. *Teatroterapie* se kromě procesu zaměřuje také na produkt (Valenta, 2011). Dle Polínka (2012) spočívá v celkové přípravě a následné prezentaci divadelního tvaru.

V tomto ohledu Gestalt Theatre není teatroterapií, je zaměřen výhradně na proces a dovnitř skupiny. Při jeho aplikaci nalezneme mnohé analogie s dramaterapeutickou prací a slovo Theatre v názvu může pro českého čtenáře působit zavádějícím dojmem. Naši terminologii však zřejmě nesdílí španělsky psaná literatura, termíny aplikované drama či dramaterapie pochází z anglosaské tradice. Z původního Teatro Terapia Gestalt se název začal překládat do angličtiny jako Gestalt Theatre⁹. Proto rozhodnutí zůstat

⁸ Napodobující, zobrazující, zrcadlící.

u Gestalt Theatre jakožto názvu pro metodu, která je aplikována v kontextu psychoterapie, ale také ve vzdělávání v oblasti sebezkušenosti, rozvoje emoční inteligence atp. Využít termín drama se jeví na první pohled terminologicky přesnější, ale termín Gestalt drama pro svůj přístup již používá Polínek (2016). V textu popisuje důležité principy, které drama, divadlo a Gestalt spojují, zároveň je však z textu patrné, že východiska pro dramatickou práci a stavbu terapeutických setkání jsou odlišná (srov. Polínek, 2016). Ve snaze vyhnout se matení pojmů a zavádění nových jsme i v českém prostředí zůstali u názvu v anglickém jazyce, pod nímž se přístup prezentuje v Evropě.

3. GESTALT THEATRE

Epistemologická a filozofická blízkost Gestalt terapie a umění

Roubal (2019) nahlíží psychoterapii jako „mix umění, řemesla a vědy (s. 221)“. Už Laura Perls se vyjádřila v podobném duchu: „psychoterapie je stejně tak uměním jako vědou (Perls & Rosenfeld in Amendt-Lyon, 2001, s. 229)“, a s tímto pojetím se v teorii Gestalt terapie setkáváme dodnes (Amendt-Lyon, 2003). Estetická a kreativní linka a blízkost ke všem formám umění a umělecké činnosti je ve filozofii Gestalt terapie přítomna od počátku (Amendt-Lyon, 2001; Mackewn, 2004; Parlett, 2003; Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003).

Bloom (2003) považuje estetické hodnoty za „klíčový aspekt teorie a praxe Gestalt terapie (s. 63)“ a uvádí, že „stejný estetický přístup, který umožňuje umělecky tvořit a oceňovat krásu, je odpovědný za životní

rytmus a harmonii (ibid.)“. Parlett (2003) hovoří o umění dobře žít¹⁰. Vytváří paralely mezi uměním, životem, a Gestalt terapeutickým přístupem, jehož „myšlenky a metody se v mnohém se světem umění a umělců překrývají (s. 51)“. Podobné paralely najdeme napříč celou knihou *Creative License: The Art of Gestalt Therapy* (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003).

Práce umělce, stejně jako Gestalt terapeuta, vzniká jak z jeho dovedností, tak z kreativity, kterou do díla / procesu vkládá. Zinker (1977) uvádí, že pro něj „je dělat terapii jako dělat umění (s. 37)“, vyjadřuje politování, že se „mnozí terapeuti za umělce nepovažují (ibid. s. VII)“ a zdůrazňuje tvůrčí přístup psychoterapeuta. Spagnuolo Lobb (2003) myšlenku rozvíjí: terapeutické setkání potřebuje, aby jej kreativně, v duchu *improvizačního spoluutváření*¹¹, rozvíjeli oba jeho aktéři. Laura Perls prohlásila, že „dobří terapeuti jsou zároveň dobrými umělci (Amendt-Lyon, 2001, s. 229)“. „Z pohledu epistemologie se Gestalt terapeuti věnují umění, a ne lékařské vědě (Parlett, 2003, s. 51)“.

Filozoficky a historicky dává spojení Gestalt terapeutického přístupu a umění hluboký smysl. Drama a divadlo jsou jednou z uměleckých forem. Fritz Perls „divadlo miloval“ (Amendt-Lyon, 2001, s. 228) a do tehdy nového psychoterapeutického přístupu převzal prvky Morenova psychodramatu (ibid.), Paul Goodman byl aktivní v rámci *Living Theatre* v New Yorku (ibid.). Slavné dvě židle v sobě obsahují prvek dramatizace (Jones, 1996, s. 63). V experimentech Gestalt terapeut často

⁹ Therapy v názvu chybí, protože Gestalt Theatre je v tuto chvíli využíván i v kontextech mimo psychoterapii.

¹⁰ Anglicky: The art of living well.

¹¹ Anglicky: improvisational co-creation.

nabízí situace, které z pohledu dramaterapie zahrnují práci s rolí a fikcí. Drama má potenciál být prostředkem k rozšíření uvědomění, ke kontaktu se sebou a vlastní životní zkušeností v situaci „ted' a tady“, a tedy potenciál stát se užitečným prostředkem v rukou Gestalt terapeuta. Nabídnout klientovi roli herce je jedním ze způsobů, jak mu umožnit prozkoumávat umění žít. Dle Jonese (1996) samotná participace v dramatu či divadle umožňuje spojení s nevědomými obsahy a emočními procesy (s. 3). Drama není jen nástrojem pro terapii, terapie je v dramatu přímo obsažená (ibid. 4).

Gestalt Theatre jako integrativní přístup k terapeutické práci

Gestalt Theatre je výsledkem asimilativní¹² integrace aplikovaného dramatu do teoretického rámce Gestalt terapie vycházející z jejich vzájemné komplementarity¹³. Propojení spočívá v systematickém využití expresivních¹⁴ postupů v kontextu Gestalt terapeutického přístupu. Gestalt Theatre se od Gestalt terapie liší tím, že **expresivní práci záměrně předsadíme před verbální zpracování v rámci terapeutického setkání**. Psychoterapeut do své praxe integruje techniky, postupy a cvičení z aplikovaného dramatu a využívá je experimentálním způsobem v rámci dramatické hry

(viz kapitola 3.6). Proces, který z takového dramatické hry vzejde, je pak buďto možné přímo transformovat v experiment tak, jak jej známe z teorie Gestalt terapie (Roubal, 2009, 2019) nebo jej můžeme „verbálně reflektovat a terapeuticky s ním dále pracovat (Šupa, 2010, s. 513).“ Gestalt terapeutický přístup přináší Gestalt Theatre pevnou oporu, pro terapeutickou práci. Drama nabízí funkční a bezpečný způsob, jak opakovaně v rámci dramatické hry zažívat kontakt, podporovat uvědomění a otevírá prostor pro experimentální práci. Gestalt terapie umožňuje tuto zkušenost fenomenologicky zkoumat, porozumět strategiím kreativního přizpůsobení a identifikovat nedokončené záležitosti. Následně je terapeuticky propracovat a směřovat klienty k růstu.

Následující kapitoly objasní, na jakých principech stojí komplementarita Gestalt terapie a aplikovaného dramatu. Aplikovaným dramatem máme na mysli zejména koncepty, které pocházejí z **dramaterapie, Živého divadla a aplikované divadelní improvizace**. Smyslem sdělení tohoto textu není, že by si Gestalt terapie neuměla poradit bez dramatu a naopak. Jak Gestalt terapie, tak dramaterapie mají za sebou více než půlstoletí dynamického rozvoje, praxe a výzkumu. Gestalt Theatre z těchto zkušeností vychází a hledá komplementární prvky, jež mohou být některým klientům a klientským skupinám k užítku. Praxe a výzkum využití aplikované divadelní improvizace v terapii je prozatím v počátcích a principy z divadla prožitku s Gestalt terapií propojila až Claudia Fres (2013). Gestalt Theatre je alternativa pro to, jak přistoupit k terapeutické práci. Drama nabízí primárně práci s tělem. Dramatická projekce, hra, role a fikce otevírají mnohým klientům po-

¹² „Asimilativní integrace: psychoterapeut vychází z jedné, případně ze dvou hlavních teoretických orientací, přibírá k ní/nim techniky odjinud a asimiluje je do svého přístupu tak, aby byl terapeutický postup co nejužitečnější pro klienta. (Vybíral, 2010, s. 279).“

¹³ Evans a Gilbert (2005) komplementarita stojí na premise využití silných stránek a vzájemného a pro klienta užitečného doplňování se vícero terapeutických přístupů.

¹⁴ Podstatou expresivních přístupů v terapii je sebevyjádření – exprese. (Šupa, 2010, s. 513)

myslné zadní dveře ke vstupu do jejich témat.

3.1 Využití dramatu a divadla v psychoterapii

V expresivních terapiích, kam patří i dramaterapie, platí: „Ať už využijeme pohyb, zvuk, obraz či slova, vždy jde o proces, kdy forma zvýrazňuje jádro. Kreativní konání v čase a prostoru se stává skutečností, kterou je možno vnímat, konfrontovat se s ní, měnit ji. Samotná činnost spouští uzdravné síly, vyvolává stav, kdy člověk získává kontakt sám se sebou, s druhými či se světem (Šupa, 2010, s. 513)“.

Práce s dramatem v kontextu dramaterapie v sobě obsahuje několik fenoménů, které zásadní způsobem ovlivňují proces terapeutické práce v Gestalt Theatre.

Drama je akce a tato akce předchází slova. Je to proces probíhající na tělesné, emoční a kognitivní úrovni zároveň. Zkrátka směrem do emočního a tělesného prožívání. Psychoterapeut pracující v běžném kontextu někdy čelí obtížím, jak dostat klienta „z hlavy“ k emocím a tělu. Při aktivizaci osobnosti v dramatických technikách je rovnou zapojená celá osobnost, což je kýžené východisko i pro Gestalt terapeutickou práci (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003)

Ztělesnění¹⁵ souvisí úzce s dramatickou akcí. Odehrání situace zahrnuje tělesné prožívání materiálu v přítomnosti. To znamená, že skrze ztělesnění se klient setkává se svou záležitostí v procesu „teď a tady“ (Jones, 1996, s. 113). Podněty získané skrze smysly a emoce mohou být zdrojem pro abstraktnější reflexi (ibid. s. 114).

Hravost označuje Jones (1996) za základní přístup či rámec, který dramaterapie nabízí. Skupina se setkává v prostoru, kde si může hrát, být tvůrčí, spontánní. Podporujeme „hravý vztah k realitě (ibid. s. 116)“. To vše přispívá k uvolněnému a bezpečnému prostředí. Zažívat hravost v psychoterapii „umožňuje autentické sebevyjádření“ (Amendt-Lyon, 2001, s. 225).

Dramatická projekce. V Gestalt terapii označujeme za *projekci* nepřijetí vlastní charakteristiky a její neuvědomované promítání na okolí (Roubal, 2010). V dramaterapii je *dramatická projekce* proces, při kterém klienti projikují aspekty své osobnosti či zkušenosti do dramatické situace (Jones, 1996, s. 101). Takto externalizují své vnitřní procesy a konflikty skrze akci. Dramatická exprese vytváří jedinečnou reprezentaci materiálu klienta a nabízí příležitost prozkoumat a získat vhled skrze vzniklou dramatickou situaci. Pro Gestalt Theatre je užitečné, že vědomě i nevědomě projikované charakteristiky jsou součástí dramatické projekce. Skupinové aranžmá Gestalt Theatre projektivní potenciál umocňuje.

Symbol a metafora umožňují sebevyjádření a odlišnou formu, jak přistoupit k obsahům klienta. Práce se symboly je způsob, jak se dotknout nevědomých obsahů a externalizovat vnitřní konflikty. Dramatická exprese dodává symbolům formu skrze ztělesnění. Metafora poskytuje někdy potřebný distanc od problémů, kterým klient čelí. Díky tomu umožňují se k problému vztáhnout novým, kreativním způsobem a získat perspektivu, která by bez distance nebyla možná (Jones, 1996, s. 242–243).

Triáda velkého alibi terapeutického dra-

¹⁵ Anglicky: embodiment.

matu – fikce, role¹⁶ a amorálnost – jsou tři principy, které nejvíce vyzdvihuje Fres (2013). „**Fikce** umí vyvolat v herci/herce pocit beztrestnosti. Umožňuje prozkoumávat emoce, které běžně nezažívá, dělat věci, které si běžně nedovolí. Ví, že nebude soudu ani újmy, protože nic z toho, co se stane na jevišti, neovlivní jeho osobní životní příběh (ibid., s. 19).“ Klient získává svobodu činit, co introjekty zakazují. Pustit běžně retroflektované impulzy. Vyzkoušet si nové způsoby vztahování se. Může si zažít sebe, jak by reagoval, kdyby se v dané situaci ocitnul. Fikce umožňuje dramatickou projekci, symboliku, metafory a bezpečí. Fikce je primárním rámcem pro dramatickou práci v Gestalt Theatre.

Jones (1996) uvádí tři formy identifikace s **rolí**, které shrnuje Valenta (2011). (1) *Klient pracuje se smyšlenou identitou, která je mu cizí* (jiný člověk, zvíře, předmět, abstraktní jev), může říct „nejsem to já“. V Gestalt Theatre tyto role slouží především k prozkoumávání fenoménu dramatické projekce a figur, které z ní vystupují. (2) *Klient hraje sám sebe* (v přítomnosti, minulosti či budoucnosti), v Gestalt Theatre v této formě klient prozkoumává především „role, které hraje v divadle života“ a možnosti, jak s nimi zacházet. (3) *Klient odehrává určité aspekty sebe sama*. V Gestalt Theatre to mohou být vlastnosti, touhy, polarity, introjekty atp. Důležitým efektem je ztělesnění a exter-

nalizace těchto aspektů, aby je klient mohl zkoumat. Práce směřuje k podpoře uvědomění a integraci potlačovaných vlastností.

Dramatická práce v Gestalt Theatre se odehrává primárně ve fiktivní situaci, která nabízí prostor pro projekci a exploraci. Do reálných situací (klient ztvárňuje sebe a situace je skutečná) se vstupuje velmi zřídka a jen v rámci terapeutických intervencí. Psychoterapeut by si měl být vědom rizika, které sebou nesou reálné situace z minulosti, zvláště v případě traumatizovaných klientů či klientů, o jejichž osobní historii nemáme dostatečné povědomí. Při práci s traumatem se potřebujeme kotvit v „teď a tady“, je možné s ním pracovat symbolicky, v distancu, nikoli abreaktivně. Jedním ze způsobů jak takovou kotvu do „teď a tady“ vytvořit, je zůstat v roli a fiktivní situaci – „nejsem to já a tohle se mi neděje“.

Amorálnost znamená morálně lhostejnou situaci a charakter. Morálka je indiferentní (stejně jako politické přesvědčení či náboženství), přestává být referenčním bodem a nespádá do kategorií dobře/špatně (Fres, 2013, s. 19). To, co se děje, je funkcí pole. Princip amorálnosti má dva podstatné efekty na pojetí Gestalt Theatre: (1) Umožňuje fenomenologickou exploraci – to, co je, je (Fres, 2013, s. 20), a my to můžeme zkoumat s upřímným zájmem. (2) Dodává Gestalt Theatre existenciální dimenzi tím, že jedince v procesu konfrontuje s představou existenciální svobody a převzetím odpovědnosti za vlastní život, způsob bytí ve světě a volby s tím související. Je to jako bychom si představili, že nejsou žádná pravidla, etické systémy, hodnoty, není vůbec žádná externí reference ani univerzální design (Yalom, 1980, s. 221). Je to jako „dát

¹⁶ Termín role používáme ve významu „dramatická postava ztvárněná jedincem v divadle“ (resp. dramatu, pozn. autora) (Jones, 1996, s. 196). Termínu role, jak je chápán v kontextu kulturní antropologie a sociální psychologie, se ve vztahu k dramaterapii věnuje Valenta (viz 2011, s. 104–107).

pryč bezpečnostní síť¹⁷ (Philippson, 2018, s. 5)“. Jedinec se nachází ve světě bez vnější opory pro rozhodování, bez záruk, co je dobře a co je špatně, což vyvolává úzkost. Drama poskytuje možnost vyzkoušet si, jak by člověk reagoval, pokud by se ocitl v situaci, ve které se běžně nenachází, postavit se k problému „nanečisto“. Fikce a role nabízí cvičnou bezpečnostní síť, která je přítomna alespoň při tréninku životních situací – v dramatické hře. Člověk sám je zodpovědný za své bytí na jevišti světa a terapeutická práce směřuje k přijetí této odpovědnosti.

Dramatickou improvizaci¹⁸ označuje Valenta (2011) za jeden ze základních prostředků dramaterapie, protože „lépe než strukturovaná hra odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, umožňuje expresi aktuálního stavu a citění, rozvíjí spontaneitu... improvizace má ke skutečnému životu blíže nežli jakýkoliv strukturovaný tvar (s. 41)“. Stejně tak je improvizace jedním ze zásadních stavebních kamenů Gestalt Theatre. Její terapeutický potenciál využívá a reflektuje Claudia Fres (2013), která ve velké míře vychází z principů divadla prožitku, které položili Stanislavský a Strasberg (viz kapitola 3.2). Další principy a poznatky přináší aplikovaná divadelní improvizace¹⁹ (viz kapitola 3.3).

3.2 Divadlo prožitku – *Systém, Metoda a Gestalt terapie*

Divadlo před Stanislavským²⁰ bylo divadlem reprezentace, které napodobovalo, přehánělo a bylo pompézní. Zaměřovalo se jen na vnější aspekt herectví. Stanislavský tvořil na počátku 20. století v Rusku. Vycházel z předpokladu, že uvěřitelnost herce vychází z jeho vnitřního prožitku. „Hledal přirozený přístup k tvůrčím podnětům uvnitř člověka, skrytým často až pod prahem vědomí (Lukavský, 1978, s. 9).“ Stanislavský vytvořil dílo známé pod názvem *Systém* či *herecká psychotechnika* a navždy změnil přístup k herectví.

Ve Spojených státech na jeho práci navázal Lee Strasberg, herecký kouč a režisér, který ve své práci těžil z poznatků psychoanalýzy (Fres, 2013, s. 14). Jeho práci známe pod názvem *Metoda* (The Method). Strasberg (1988) popsal terapeutické dopady hereckého tréninku prostřednictvím *Metody*, které byly v podstatě vedlejším účinkem. Působil v Actors Studio a jeho rukama prošly takové hvězdy jako Paul Newman, Al Pacino či Marilyn Monroe (Strasberg, 1988).

V pojetí Stanislavského a Strasberga herec přistupuje v roli k fiktivní situaci tak, jako by byla jeho vlastní žitou realitou. Využívá vlastních zkušeností a emočních prožitků, čímž dosahuje vyšší míry autenticity a reálnosti svých postav. Aby herci byli schopni se takto plně fyzicky i emočně odevzdat do služeb postav, které ztvárňují, procházeli systematickým tréninkem. A zaměříme-li se na proces tohoto tréninku, narazíme na zajímavé analogie s terapeutickým procesem.

¹⁷ Anglicky: “safety net”, podobně Yalom (1980) užívá termín “groundlessness”.

¹⁸ Vzájemné jednání osob v rámci dramatické hry bez předchozí přípravy (scénáře, role atp.).

¹⁹ Také: improvizací divadlo; anglicky: improv theatre, theatre improvisation, improv comedy.

²⁰ Konstantin S. Stanislavský byl významný ruský režisér a herecký kouč.

Prvním stavebním kamenem mostu směřem ke Gestalt terapii je organické hraní charakteristické prožitkem „teď a tady“, zahrnující emocionální i fyzickou zkušenost ve službě postavy (Fres, 2013, s. 14). Důraz je kladen na důvěryhodnost akcí a autenticitu emocí (ibid., s. 15). „Ve cvičení této formy herectví se v interpretovi pohne cosi intimního a osobního, otevřou se nové vnitřní prostory, vynoří se dávno vzpomínky ze smyslové, emocionální i tělesné paměti (ibid., s. 18).“

Klíčovými aspekty tohoto tréninku byla práce s relaxací, emoční paměť²¹ a improvizací (Strasberg, 1988). Jeho cílem bylo vyvolat přirozený tvůrčí proces, respektive nepřekážet přirozenosti, tvořili sama od sebe (Lukavský, 1978, s. 10). Aby toho byl herec schopen, musí prozkoumat a porozumět svým rigidním vzorcům prožívání a chování, aby je ve službách postavy mohl změnit. Potřebuje v tomto tréninku „vyčistit“ svůj herecký „nástroj“, kterým je on sám, být si vědom svých nejhlubších emočních zkušeností (Strasberg, 1988, s. 104). Tento „nástroj“ nereflktuje pouze požadavky hercovy vůle, ale reaguje v kontextu všech nastrádaných impulsů, tužeb, podmiňování, návyků a vzorců chování, které jsou tak automatické, že si jich herec není vědom (ibid. 103). Self, které herec nabízí imaginární Julii, je to stejné, se kterým je v kontaktu během soukromých a intimních chvil svého života, protože vy-

užívá stejné oblasti emoční paměti (ibid. 122).

Strasbergovi bylo občas vyčítáno, že se s herci pouští na cestu, která by spíše náležela analytikovi, psychiatrovi či lékaři (ibid., s. 103). Strasberg nepopírá, že jeho práce mnohdy vedla k vedlejším výsledkům nesouvisejícím s herectvím. Hovoří o tom, jak se některá traumata projevují neschopností uvolnit svaly v určitých oblastech, a prozkoumává metody, jak to udělat. Je si vědom, že pouhým fyzickým cvičením to není možné.

V důsledku intenzivní práce na procesu uvědomování a přístupu skrze ztělesnění dochází k aktivaci implicitní paměti. V Gestalt terapii se zaměřujeme na proces kreativního přizpůsobení, jehož pomocí se jedinec pokouší smysluplně organizovat pole a naplňovat své potřeby (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003). Působením kreativního přizpůsobení v minulosti však také vznikají fixované gestalty. Vzorce, které dříve byly tvořivé, se staly rigidními a jsou automaticky, bez možnosti volby používány i v situacích, které vyžadují nový přístup. Fixovaný gestalt však lze ovlivnit pouze tehdy, pokud je aktivován. To je možné udělat aktivací implicitní paměti v procesu zaměřeném na „teď a tady“ (Roubal, 2010, s. 174). Strasberg měl pro tyto vzorce vlastní pojem *manerismus*²². Herci podle něj nerozuměli „chování“ svých emocí a způsobům jejich vyjadřování a často tak činili velmi omezenými způsoby. Všiml si také, že tyto návyky vycházely z určitých životních zkušeností, které vedly k vytvoření nevědomých návyků. „Musel jsem najít způsoby, jak se s manerismem

²¹ Strasberg (1988) deklaruje, že to co, čím on nazýval emoční paměť má tři složky – pohybovou, smyslovou a emoční. Na základě jeho popisu (p. 94–122) máme za to, že se jedná o jeho termín, který se překrývá s tím, čemu dnes říkáme implicitní (procedurální) paměť/znalosti (srov. Levine, 2017, p. 25–38; Stern, 2003).

²² Anglicky: *mannerism*.

herců vypořádat, protože zakrývaly možnost opravdového vyjadřování“ (Strasberg, 1988, s. 95).

Živé divadlo nabízí nástroje, jak v procesu „ted a tady“ aktivovat implicitní paměť, a tím otevírá bránu pro terapeutickou intervenci a uskutečnění korektivní zkušenosti.

3.3 Divadelní improvizace

Divadelní improvizace, tedy improvizace jakožto jevištní umění, má své kořeny v Severní Americe. Jedná se o divadelní představení většinou komediálního charakteru. Herci nemají scénáře, role ani příběh dopředu připravené, ale budují je na základě podnětů z publika přímo na jevišti v průběhu představení. Přestože představení nejsou nazkoušená tak, jak je známo z praxe činoherního divadla, charakterizuje umění improvizace pravidelný trénink postavený na jasně definovaných principech a rozvoji improvizčních dovedností, bez nichž se improvizční herectví neobejde. Romanelli, Moran a Tishby (2019) uvádějí, že „je paradoxní, že se dá naučit improvizční spontánnost (s. 299)“, pravidelný trénink však podle nich vede k vytvoření holistického souboru improvizčních dovedností (ibid.). Principy a dovednosti z divadelní improvizace se ukázaly jako užitečné v dalších oblastech lidského rozvoje. Jejich využití nalezneme ve školním a mimoškolním vzdělávání (Machalíková & Musil, 2015; Spolin, 1986), v oblasti rozvoje v organizacích (Van Bilsen, Kadijk & Kortleven, 2014; Tint & Froerer, 2014). V České republice vznikla první skupina věnující se divadelní improvizaci v roce 2000. Dnes jsou takových skupin desítky. Po roce 2012 se začaly objevovat první kurzy divadelní a aplikované impro-

vizace²³ pro veřejnost s cílem osobnostního rozvoje. Popularita těchto kurzů narůstá tak, že v jarním semestru do půlročních či víkendových kurzů vstoupí okolo tisíce lidí napříč republikou²⁴. Aplikovaná improvizace si našla cestu do firemního vzdělávání v oblastech jako je podpora spolupráce v týmu nebo rozvoj kreativity a soft skills²⁵ a na univerzitní pracoviště do profesní přípravy pedagogů²⁶.

V průběhu posledních deseti let se začaly v odborném diskurzu objevovat také akce a články propojující improvizaci s psychotherapií. Na jaře 2019 proběhlo v Berlíně symposium *Improv in Therapy*. V odborné literatuře se objevují termíny jako *CIT – comedic improv therapy* (Felsman, Seifert & Himle, 2019; Sheesley, Pfeffer & Barish,

²³ V tomto textu je s termínem aplikovaná improvizace nakládáno analogicky jako s termínem aplikované drama (kapitola 2), tedy jako se zastřešujícím termínem pro využívání divadelní improvizace v jiných kontextech než v divadle a tréninku hereckých dovedností.

²⁴ Odhad autora na základě osobní komunikace s organizátory těchto kurzů a řešerše nabídky na webu: Škola improvizace (Praha), Paletáci – kurzy Improve yourself (Hradec Králové, Litomyšl, Pardubice, Praha), Bafni – kurzy improvizace pro osobnostní rozvoj (Brno, Praha), Rozlety – kurzy aplikované improvizace (Brno), Divadlo Odvaz – Impro Academy (Ostrava) a další

²⁵ Kurzy firmám nabízí např. ImproVISION s.r.o., Improvizuj s.r.o., Yes and, s.r.o.

²⁶ Masarykova univerzita v Brně – pedagogická fakulta: kurz Improvizace pro osobnostní rozvoj si od roku 2015 našel cestu do povinného souboru předmětů oboru Sociální pedagogika (od jarního semestru 2020) a na jeho základě vznikl také povinně volitelný, respektive volitelný předmět Gestalt Theatre – kurz osobního rozvoje. Ústav pedagogických věd na filozofické fakultě nabízí dílny improvizace od roku 2016. Mezitím se staly povinně volitelným předmětem pro studenty navazujících magisterských učitelských oborů na přírodovědecké fakultě.

2016), *Medical improv* nebo *Thera-prov*²⁷ (Krueger, Murphy & Bink, 2019). Tyto články se dotýkají psychoterapie především ve dvou rovinách: a) **improvizace jako terapeutická intervence v práci s klienty** (Felsman, Seifert & Himle, 2019; Krueger, Murphy & Bink, 2019; Sheesley, Pfeffer & Barish, 2016); b) **přínosy tréninku improvizace pro rozvoj terapeutických dovedností** (Kindler, 2010; Kindler & Gray, 2010; Romanelli, Moran & Tishby, 2019; Romanelli & Tishby, 2019).

Krueger, Murphy a Bink (2019) publikovali replikovatelnou klinickou studii krátkého intervenčního programu s psychiatrickými pacienty s úzkostmi a depresemi. Výsledky vykazují srovnatelnou účinnost na redukci symptomů jako u léčby za využití KBT postupů (s. 624) v kratším čase (s. 625). Dvě výzkumné studie se věnují léčbě sociální úzkosti (Felsman, Seifert & Himle, 2019; Sheesley, Pfeffer & Barish, 2016). Krueger, Murphy a Bink (2019) formulují předpoklad, že intervence založené na improvizaci vykazují „velký příslib v oblasti léčby běžných psychiatrických onemocnění (s. 625).“ Pro takové postupy již existuje „kvalitní teoretická opora“ (Felsman, Seifert & Himle, 2019), empirický výzkum je však v počátcích.

O potřebě kreativity, spontaneity a schopnosti improvizovat na straně psychoterapeuta bylo už v literatuře o Gestalt terapii napsáno mnoho (e.g. Amendt-Lyon, 2001, 2003; Parlett, 2003; Spagnuolo Lobb, 2003; Zinker, 1977) a kultivace těchto dovedností je výzvou pro vzdělávací instituty a samotné psychoterapeuty v praxi. Explicitní spojení mezi těmito dovednostmi v psychoterapii

a improvizacním divadlem přichází z psychoanalytického prostředí (Kindler, 2010; Kindler & Gray, 2010; Ringstrom, 2001). Kindler a Gray (2010) poukazují na to, že „existují působivé paralely mezi tvůrčími a spontánními momenty, které se objevují při terapeutickém setkání a v dramatické improvizaci dvou osob, kterou nalezneme v divadelním tréninku (s. 254)“ a směřují k myšlence, že by trénink improvizace mohl být způsobem, jak je rozvíjet. Tuto myšlenku podporují nedávné výzkumy (Romanelli, Moran & Tishby, 2019; Romanelli & Tishby, 2019). Romanelli, Moran a Tishby (2019) vyzdvihují, že „divadelní improvizace a psychoterapie sdílejí stejné zaměření na vztahovou, spolu-utvářenou akci (s. 296).“ Takový dialogický princip v Gestalt terapii nazývá Spagnuolo Lobb (2003) přímo *improvizačním spoluutvářením* a dává jej do souvislosti s implicitními vztahovými znalostmi (Spagnuolo Lobb, 2013a, s. 29; Stern, 2003). Pokud jsou klient a psychoterapeut plně v přítomném okamžiku, a tedy oddáni vzájemnému kontaktu, který spoluutvářejí, mohou z implicitních vztahových procesů vzejít tzv. *now moments* (Stern, 2004). *Now moments* v psychoterapii jsou kritické okamžiky, které v sobě obsahují potenciál změny skrze kontakt s obsahy implicitní vztahové paměti a podle Romanelliho, Moranové a Tishbyové (2019) se jedná o momenty improvizace²⁸, které jsou pro terapeutický proces zásadní. Jsou to situace, kdy se otevírá prostor pro experiment. Ve výzkumu docházejí k závěru, že trénink divadelní improvizace zvyšuje u psychoterapeutů schopnost těchto momen-

²⁷ Zkratka z *therapeutic improv*.

²⁸ Nabízejí pro ně termín: „*l'improvisation experience*“.

tů v terapii dosáhnout a uchopit je (s. 299). Pilotní studie ve vzdělávání sociálních pracovníků (Romanelli a Tishby 2019) naznačuje, že trénink improvizace zvyšuje flexibilitu, terapeutickou přítomnost a další faktory podporující terapeutickou alianci. Kindler a Gray (2010) uvádějí, že „schopnost improvizace výrazně přispívá psychoanalitickému procesu“ (s. 264), protože podporuje spontánnost a autenticitu terapeutického setkání – aspekty velmi ceněné v Gestalt terapeutickém přístupu. Bermant (2013) vytváří paralelu mezi základním improvizacním postojem a konceptem bezpodmínečného přijetí a domnívá se, že trénink improvizace může psychoterapeutům pomoci tuto schopnost rozvíjet.

Jedním z ústředních principů v tréninku improvizace je přístup „**Ano a...**“. Znamená to absolutní přijetí situace a partnera, pečlivé naslouchání. Princip „**Ano a...**“ je v jádru improvizacního spoluutváření. Je to právě tento princip, který Bermant (2013) přirovnává k bezpodmínečnému přijetí v rogeriánském přístupu (s. 3). Improvizace se převážně praktikuje ve skupině. Sheesley, Pfeffer a Barish (2016) označují podporu skupinové koheze za esenciální součást improvizace a zároveň za nejdůležitější komponent CIT. Přeneseme-li „**Ano a...**“ princip do skupiny získáváme akceptující podpůrné prostředí (ibid.). Také v improvizaci je podstatným fenoménem hra, která s narůstajícím bezpečím ve skupině také otevírá prostor pro humor a smích. Postupy v CIT explicitně vyzdvihují humor a smích jako součást terapeutického procesu (ibid.).

3.4 Improvizace v teorii Gestalt terapie – podpora schopností kreativního přizpůsobování

Improvizace „podporuje uvolnění vnitřní kreativity“ a „vzbuzuje jedince ke svébytnému způsobu sebevyjádření“ (Spolin, 1999). „Být kreativní je synonymem pro normalitu (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003, s. VIII)“. „Kreativita charakterizuje spontánní přizpůsobení jedince jeho prostředí (ibid.)“. V pojetí Gestalt terapie je kreativita „považována za kvalitu spontánní adaptace v mezilidských procesech, a také za podstatnou ingredienci zdravého sociálního života (ibid., s. IX)“. Z dalších improvizacních principů a dovedností jsme již výše zmínili flexibilitu, spontaneitu, schopnost reagovat na novou, nečekanou situaci, spoluutváření. Jejich výčet je až nápadně podobný Gestalt terapeutickému konceptu **kreativního přizpůsobení**. Parlett (2003) z druhého břehu vyzdvihuje důležitost kreativního přizpůsobení tvrzením, že celý život je improvizace. Popisuje pět schopností – dimenzí kreativního přizpůsobení²⁹: (1) schopnost *reagovat* na pole, které existuje a schopnost sebeorganizovat se v jeho rámci, (2) schopnost *vztahovat se* ke druhým, (3) schopnost *sebeuvědomování*, (4) schopnost *ztělesnění*, (5) schopnost *experimentace*. I v nejjednodušších improvizacních hrách je těchto pět elementů obsaženo. Improvizacní spontánnost v sobě obsahuje esenci kreativního přizpůsobení, jsou to „okamžiky osobní svobody, kdy čelíme realitě a plně ji vnímáme, prozkoumáváme ji a podle toho přiměřeně jednáme. V této realitě fungujeme jako organický ce-

²⁹ Anglicky: 1. responding 2. interrelating 3. self-recognizing 4. embodying 5. experimenting.

lek. Je to čas objevování, prožívání a tvůrčího vyjádření (Spolin, 1999, s. 4)“. S trochou nadsázky bychom mohli říci, že **praktikovat improvizaci je něco jako navštěvovat posilovnu kreativního přizpůsobování, protože trénink improvizace rozvíjí a (znovu)zpřístupňuje jeho dimenze.**

Improvizace nám také umožňuje sledovat, co se děje na kontaktní hranici, uvědomit si a identifikovat potíže v pěti zmíněných oblastech. Odkrývá kontaktní styly, fixované gestalty, oslovuje nedokončené záležitosti, které dřímají na pozadí, aby se mohly aktivovat v nově se organizujícím poli improvizací scény. Shodujeme se s Parlettem (2003), že „improvizace, jak ji známe z jazzu nebo improvizací divadla, je ryzí experiment (s. 61)“, a experiment je vhodnou metodou pro práci s fixovanými gestalty (Roubal, 2009). Pro ni máme ideální podmínky, díky zaměření na „teď a tady“ je možné být plně přítomen situacím, které mají charakter „now moments“, kdy je možné ovlivnit implicitní vztahovou paměť (Romanelli, Moran & Tishby, 2019). V západních kulturách je typické, že mnoho lidí má přehnaně aktivované sebekritické vzorce myšlení, které vedou ke sebe-znehodnocování (Parlett, 2003, s. 55). Prostředí akceptující skupiny zpochybňuje přesvědčení klientů, že jsou v „zásadě odporní, nepřijatelní nebo je není možné milovat (Yalom in Sheesley, Pfeffer a Barish, 2016, s. 160)“. V CIT jsou klienti záměrně vystaveni možnosti zažívat stud a rozpaky, protože improvizací cvičení jsou vystavěna záměrně tak, aby konfrontovala bariéry kreativní exprese. Kreativní proces je aktem odvahy, kdy si dovoluujeme riskovat selhání a zesměšnění (Zinker, 1977, s. 3) Uvědomování si procesů plynoucích z intro-

jektů a studu, které klienty svazují, je prvním krokem k jejich narušení. Samozřejmě součástí procesu je pak integrace takových prožitků v kontextu přijímající skupiny (Sheesley, Pfeffer a Barish, 2016, s. 163).

Spagnuolo Lobb (2013a) v popisu poslední generace klientů hovoří o absenci intimních vztahů, většina jejich kontaktů se odehrává ve virtuálním prostoru sociálních sítí, chybí jim fyzický kontakt, mají potíže s vytvářením vazeb a jsou odpojení od tělesného prožívání. Pro mnohé je těžké druhého vůbec vnímat a pole je plné úzkostí a obav. Odpovědí terapie je podpora procesů kontaktování, zcitlivování těla k tomu, co se děje na kontaktní hranici. Být zdravý znamená zažívat vřelost intimních vztahů, emoční a tělové reakce směrem ke druhému člověku (Spagnuolo Lobb, 2013a, s. 27–28). Praxe improvizace odpověď nabízí tím, že poskytuje bezpečný prostor charakteristický hravým přístupem. Ten spočívá v atmosféře bezpodmínečného přijetí, ve kterém strach ze selhání „ztrácí na významu“ (Bermant, 2013, s. 4). Vstoupit do improvizace znamená ocitnout se celou svou osobností v kontaktu s druhou osobou, a to způsobem, který není ohrožující. To umožňuje úzkostem ustoupit do pozadí a uvolnit tak prostor pro kreativní expresi, experiment a zažití intimního pocitu propojenosti a spoluutváření v kontaktu člověka s člověkem. Práce s tělem kompenzuje znecitlivění a umožňuje bezpečný fyzický kontakt.

Právě z těchto důvodů je improvizace (ve všech podobách popsaných v kapitolách 3.1–3.3) základním nástrojem Gestalt Theatre. Dokáže být podpůrná, propojující, nabídnout vzrušení, kontakt a radost z kreativity, které je někdy obtížné dát průchod,

pokud kolem není ochranná bublina role, fikce a hry. Na druhé straně nabízí možnost pracovat na uvědomění, které se týká obtíží v kontaktu, ať už s druhými nebo se sebou samým a ovlivnit implicitní vztahovou paměť. Charakteristiky a dovednosti spojené s improvizací, jako kreativita, spoluutváření, experiment, spontaneita jsou také žádoucí v Gestalt psychoterapii (viz. Parlett, 2003; Roubal, 2009; Spagnuolo Lobb, 2003; Zinker, 1977) a dramatická improvizace má nástroje, jak je rozvíjet.

3.5 Skupinová práce v Gestalt Theatre

Ve zbývajícím textu se budeme vztahovat primárně ke skupinovému aranžmá, které se pro Gestalt Theatre jeví jako velmi výhodné. Individuální terapie za využití Gestalt Theatre je možná, byť je prozatím méně běžná. Fres (2013) uvádí příklady práce s klienty v individuální terapii. Mnohem běžnější je však skupinové aranžmá.

Skupina má vysoký projektivní potenciál, skupinová dynamika podporuje proces, možnosti kontaktování a vztahování se jsou výrazně širší. Improvizace rozvíjí bezpečí, přijímající prostředí, spontaneitu a autentické sebevyjádření (viz kapitola 3.3). Skupina tak může směřovat k tomu, aby se stala sociálním mikrosvětlem (srov. Yalom & Leszcz, 2007, s. 51). V Gestalt Theatre klademe ve skupinové práci důraz „obě symbiotické vrstvy“, které Yalom a Leszcz (2007) popisují. Prostřednictvím experimentální práce s dramatem se zaměřujeme na „teď a tady“, které je „klíčovým konceptem skupinové terapie (ibid., s. 49).“ Zaměřujeme se na to, co se děje v daném okamžiku v dramatických situacích v poli skupiny. Druhou symbiotickou vrstvou je reflexe, verbální propracování materiálu,

který se vyjeví v „teď a tady“. „Reflexivní smyčka je nezbytná, pokud se má emoční zkušenost stát terapeutickou silou (ibid.).“ Práce s oběma těmito vrstvami je Gestalt terapeutickému přístupu vlastní, je to onen tvůrčí pohyb od dialogu k experimentu a zpět (srov. Roubal, 2009, 2019; viz kapitola 3.6). Klienti tak mohou projít čirou zkušeností, žít v „teď a tady“, experimentovat a tuto zkušenost vnímat, fenomenologicky zkoumat, porozumět jí a integrovat.

3.6 Experimentální proces vyrůstající z dramatických cvičení – Indukovaný experiment

V kapitole 3 uvádím, že v Gestalt Theatre „integrujeme techniky, postupy a cvičení z aplikovaného dramatu a využíváme je experimentálním způsobem v rámci dramatické hry“. Rozdíl mezi cvičením / technikou a experimentem popisují Roubal (2009, 2019) a Zinker (1977).

Autoři (ibid.) o technikách a cvičeních hovoří tak, že primárně nevyrůstají z procesu, jsou připraveny dopředu, mají stanovené postupy a účel. „Psychoterapeut je může využít, pokud chce vyvolat konkrétní stav nebo nasměrovat klienta ke konkrétnímu cíli (Roubal, 2019, s. 224).“ Jejich nadužívání nebo nevhodná aplikace skýtá riziko rigidity a odklonu od procesního pojetí. Na druhé straně experiment vyrůstá z procesu a jeho výsledek nelze predikovat (Zinker, 1977). Jedná se o společné „kreativní dobrodružství“ (Roubal, 2019, s. 224) psychoterapeuta a klienta (respektive skupiny), vyžadující zvědavost, přijetí nejistoty a krok do rizika. Psychoterapeut nabízí klientovi „pojď vyzkoušet tohle a uvidíš, jakou to přinese zkušenost“ (Greenberg in Roubal, 2019, s. 224), přičemž přijímá zodpověd-

nost za aktivní nabízení struktury a úkolů, které experiment rozvíjejí (Roubal, 2009, p. 266). Experiment je „nedílnou součástí Gestalt terapie“ (Roubal, 2019, s. 221).

Na stejném místě Roubal (2019) také uvádí, že „techniky mohou být používány jako inspirace pro experiment“ (s. 225). V případě, že „zůstaneme otevření terapeutické situací odehrávající se v ‚teď a tady‘... může být ‚zamrznutá‘ technika opět ‚rozehřátá‘ ve tvůrčí experiment (ibid.).“ V Gestalt Theatre využíváme dramatické techniky, cvičení a postupy, ale pracujeme s nimi v duchu „vyzkoušej a uvidíš, co zažiješ“, neočekáváme konkrétní výstup, ale novou zkušenost. Zveme klienty na dobrodružnou cestu, která aktivizuje kreativní procesy. Znovu se vracíme k Parlettovi (2003) – „improvizace je ryzí experiment (s. 61)“, nevíme dopředu, jak proběhne, co prožijeme, ani jaký bude výsledek.

V Gestalt terapii experiment vyrůstá z procesu. V Gestalt Theatre vyrůstá proces z experimentálního pojetí dramatických technik. Prostřednictvím fikce, rolí, hry vytvoříme nové projektivní pole, v jehož rámci prostřednictvím zadání a nabídnuté struktury vytváříme příležitost pro experimentování. Je to, jako bychom pro klienty postavili hřiště, naznačili základní pravidla, ale neřekli, jak přesně má hra probíhat a skončit. A protože literatura nenabízí pro tento postup vhodný termín, nabízím vlastní: **indukovaný experiment**.

Indukovaný³⁰ experiment má na počátku rysy techniky, nevyrůstá nutně z procesu, ale je klientům nabídnut a může být připravený dopředu. Jedná se o „konkrétní struktu-

rovaný úkol, jehož výsledek je otevřený“ (srov. Roubal, 2009, s. 268). Prostřednictvím práce s fikcí mohou klienti projít pomyslnými magickými dveřmi do jiné dimenze skupinového pole skrze symboly a metafory např. stát se na chvíli zvířetem a strávit den v jeho kůži (viz kapitola 3.7 C). Vytvořením takového kontextu vytvoříme experimentální prostor, ve kterém klienti improvizují. Díky dramatické projekci se z vědomě i nevědomě projíkaných obsahů začnou rýsovat figury, které organizují pole. Odstup skrze symboliku a metafory umožňuje klientům bezpečně si rozšířit uvědomění, dostat se do kontaktu se svými potřebami, prozkoumat „jiné způsoby vztahování se a získat novou perspektivu (Jones, 1996, s. 243).“

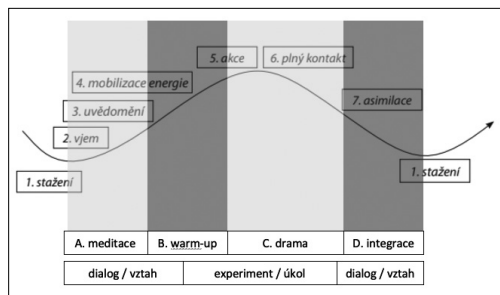
Takový experimentální proces je buďto možné nechat proběhnout a dále s ním terapeuticky pracovat po jeho skončení, nebo proces přímo rozvíjet jako experiment v duchu teorie Gestalt terapeutického přístupu. Neopominutelnou součástí Gestalt Theatre je však příprava na experimentální práci a její následná integrace, kdy pracujeme na tom, abychom našli vhodnou rovnováhu mezi podpůrným dialogickým přístupem a přístupem experimentálním, který s sebou přináší novost, výzvy, vzrušení, nejistotu, riziko a tvůrčí proces. Dle Roubala (2009, 2019) se však jedná o dva póly téhož a úkolem psychoterapeuta jako facilitátora procesu je nenechat pomyslné kyvadlo, aby se vychýlilo příliš na jednu nebo druhou stranu. „Přínosem Gestalt přístupu je flexibilita terapeuta v diferencovaném použití obou těchto polarit, kontinuální tvůrčí pohyb mezi nimi, v závislosti na situaci ‚teď a tady‘ v terapeutickém vztahu (Roubal, 2009, s. 269).“

³⁰ Záměrně vytvořený.

3.7 Struktura setkání Gestalt Theatre ve skupinovém aranžmá

Skupinová práce s metodou Gestalt Theatre je strukturovaná do celků, které jsou v souladu s kontaktním cyklem. U dlouhodobých skupin je v praxi typická délka jednoho setkání mezi čtyřmi a pěti hodinami ve frekvenci jednou za tři týdny až měsíc. U víkendových a intenzivních workshopů či tréninků je denní práce rovněž strukturovaná do půldenních či celodenních tvarů. Setkání mohou být tematická nebo procesní.

Na pozadí obrázku 1 je kontaktní cyklus³¹ (Roubal, 2010, s. 182), horní vrstvu tvoří typická struktura setkání (popsaná níže). Na spodní lince je kýžená cesta od dia-



logického principu přes experimentální strukturované aktivity zpět k dialogickému principu ve skupině (srov. Roubal 2009, také zaměření na vztah a zaměření na úkol; viz kapitola 3.5).

A. Zpřítomnění (meditace, mindfulness). Smyslem úvodní části, je umožnit klientům odpoutání se ode dne a jeho starostí i radostí (*stažení*), se kterými přicházejí. Soustředit se chvíli na dech, zkontaktovat se sami se sebou a povšimnout si *vjemů*, které přichá-

zejí z těla, emocí i mysli. Závěr meditace směřuje k *uvědomění*: „Uvědomte si, jak se máte právě teď a tady.“ Následně má každý účastník možnost uvědomění sdílet. Je to jejich první krok do skupinového prostoru. Dává nám informaci o tom, co se nachází v poli a náznaky jeho figur. Může následovat prostor pro sdílení toho s čím účastníci na skupinu přicházejí, respektive dobíhající procesů z minula.

B. Warm-up. Cílem je zapojit do procesu tělo a smysly, aby se prohloubilo *uvědomění* a *mobilizovala energie* do hlavní části setkání. Většinou tato část obsahuje velmi málo slov, je interaktivní, zve účastníky ke kontaktu v poli skupiny. Může mít formu tance, interaktivních dramatických cvičení, improvizace. V ideálním případě postupně připravuje půdu pro třetí část. Pomyslné kyvadlo směřuje k experimentu. Např. pakliže mají být hlavním tématem setkání polarity, mohou být klienti pozváni do aktivity zrcadlo ... (např. naštvaní nebo smyslnosti). Práce pak může probíhat ve dvojici, kdy jeden udělá jakýkoliv pohyb, případně nabídne pantomimicky činnost, kterou druhý pozmění jako specifické zrcadlo. Po skončení druhé části většinou následuje prostor na reflektivní deníky, práci v menších skupinách nebo reflexi celé skupiny.

C. Drama. Prostřednictvím dramatické *akce*, většinou improvizace, která cílí na aktivování implicitní paměti se zaměřujeme na proces „teď a tady“. V této hlavní části setkání využíváme indukovaný experiment popsáný v předchozí kapitole. Psychoterapeut nabízí strukturu (úkol), aby umožnil skupinový proces. Členové skupiny vstupují do pole skrze improvizaci a spoluutvářejí zkušenost, z které vystupují figury (*kontakt*).

³¹ Roubal používá model Zinkera (2004) revidovaný dalšími autory (Mackewn, 2004; Woldt, Toman, 2005; Joyce, Sills, 2006).

Příklady: (1) skrze řízenou imaginaci naleznou klienti zvíře, ve které se promění. Následuje skupinová improvizace „den v životě zvířete“, kdy se klienti setkávají v rolích zvířat v přírodě. Takový setting nabízí velký prostor pro dramatickou projekci. (2) Psychoterapeut nabídne téma polarit. V rámci práce v malých skupinách si účastníci sami vyberou polaritu, s nimiž chtějí pracovat. Tyto pak ztvární nejprve jako sochy obou pólů³². Pokračujeme skupinovou improvizací „noc v muzeu“. Každý klient nejprve umístí sebe v jedné ze soch do prostoru muzea a s hudbou exponáty „ožijí“ a vstupují do improvizovaného experimentu. Klienti jsou v roli části sebe sama. Zopakujeme i pro druhou polaritu. Po celou dobu směřujeme k uvědomění skrze tělesný a emoční prožitek.

Závěrem dramatické části přichází prostor pro integraci prožitku v hlavní části setkání. Od experimentální práce míříme zpět k dialogu. Křivka kontaktního cyklu směřuje směrem dolů a začíná *asimilační fází*. Otevírá se prostor pro reflektivní deníky, reflexi aktivity v menších skupinách a propojení zážitku z „teď a tady“ s životní zkušeností.

D. Integrace. V Gestalt Theatre je podstatné věnovat *asimilační* části náležitou pozornost. Při pohledu na kontaktní cyklus je rozprostřená téměř přes jeho třetinu. Opouštíme role a fiktivní prostor a dokončujeme procesy. Zklidňujeme tělo, emoce i mysl. Součástí závěrečné fáze je obvykle nějaká forma fyzické relaxace, masáže, tělesného uvolnění, deníky či kresba. Následuje skupinové sdílení. Poskytuje prostor tera-

peuticky propracovat procesy z předchozí části a uzavřít je. Tečkou na závěr je drobný rituál. *Stažení*.

3.8 Role psychoterapeuta v Gestalt Theatre

Základním úkolem psychoterapeuta v procesu Gestalt Theatre je držet ground pro skupinovou práci, tzn. pečuje o bezpečí, vztahy a vytváří příznivé podloží, ze kterého mohou později vyrůst figurální elementy. Psychoterapeut nabízí strukturu, ale nevstupuje do procesu s jasně formulovaným cílem. Je výhodné, pokud se dokáže upozadit a důvěřovat procesu skupiny. Pracuje fenomenologicky, zaměřuje pozornost na pole skupiny a pomáhá ostřit figuru.

Do aktivnější role se dostává v momentech, kdy jsou klienti ať už v improvizacích nebo v průběhu asimilační části v kontaktu se svými záležitostmi. Psychoterapeut může prostřednictvím intervencí podržet figuru, pomoci s prohloubením uvědomění, rozvíjet experiment a nabídnout podporu pro korektivní zkušenost. Může také vstoupit do procesu v roli a stát se partnerem ve scéně, jak je běžné v dramaterapeutické praxi (Dočkal, 2010).

3.9 Cílové skupiny

Běžnou praxí je prozatím práce s klienty, kteří přicházejí za růstovou terapií a sebepoznáním. Výše zmíněné studie z oblasti aplikované divadelní improvizace vykazují příslib také pro práci s klienty s méně závažnými psychickými obtížemi, konkrétně s úzkostnými a depresivními klienty (kapitola 3.3). Obecně se prozatím Gestalt Theatre jeví jako vhodná a přístupná metoda pro klienty, které bychom mohli označit jako klienty s obtížemi v neurotickém spektru.

³² Klienty pozveme k tomu, aby se ve svých polaritách pokusili jít do extrému. Vycházíme z principu popsaného Zinkerem (1977, s. 202-206) „stretching the self-concept“ – „rozpínání sebepojětí“.

U klientů s traumatickou zkušeností záleží na druhu traumatické zkušenosti a obtížích, které se u nich projevují. Zde volíme individuální přístup a posouzení.

Využití Gestalt Theatre s pacienty se závažnějšími psychiatrickými diagnózami prozatím nebylo podrobeno praxi ani výzkumu. Jako rizikové vnímáme skupiny pacientů s narušeným vztahem k realitě. Opatrnost je na místě s klienty s PTSD a za překážku pro vstup do skupiny lze považovat považuje také silně agresivní chování na straně klienta (Dočkal, 2010).

3.10 Shrnutí funkčních principů Gestalt Theatre v kontextu Gestalt teorie

Kapitola vychází ze vztahového pojetí Gestalt terapie (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013a), které nahlíží zdravé, neurotické i psychopatologické způsoby vztahování jako „spoluvytvářený fenomén pole, který se objevuje na kontaktní hranici (Greenberg, 2013, s. 12)“. Můžeme říci, že „prožitek je tak zdravý jako schopnost člověka být přítomen a schopen plného uvědomění na kontaktní hranici, a že neurotické a psychotické prožitky jsou dva různé způsoby absence na kontaktní hranici (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b, s. 63)“, které vznikají v důsledku kreativního přizpůsobení v obtížném poli (ibid., s. 67). Pro účely tohoto textu se budeme věnovat jen dimenzím zdravého a neurotického kontaktování.

Gestalt terapeutický přístup se v diagnostice „zaměřuje na způsob kontaktování (Spagnuolo Lobb, 2013a, s. 49–50)“. Operuje s „vnitřním kritériem“³³ pro vyhodnocení

prožitku (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b, s. 63)“. Můžeme přímo cítit, jak dobrý je proces formování figury (ibid., s. 64). „Zdravá zkušenost je prožitek dobrého Gestaltu, který má půvab, sílu, harmonii, rytmus, intenzitu atd. Toto vnitřní kritérium je estetické, protože je to implicitní znalost, která přichází okamžitě z našich smyslů (ibid., s. 64)“, „má svou genezi před jazykem (Francesetti, 2012, s. 6)“ a není „kognitivním úsudkem“ (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b, s. 64). Proto, když hovoříme o **estetickém**³⁴ **kontaktu** (Francesetti, 2012; Francesetti, Gecele & Roubal, 2013a, Spagnuolo Lobb, 2003), hovoříme o schopnosti vnímat vlastní smysly a cítit vzrušení na kontaktní hranici (Francesetti, 2012, s. 5). Zdravá zkušenost je proces kontaktu s nepřetržitou novostí života, která je vyživující a jejím výsledkem je růst organismu (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b, s. 61). „Funkce kreativního přizpůsobení nám umožňuje opravit vztahové bloky a korigovat naše pohyby směrem k druhým. Čím svobodnější jsou naše smysly, tím otevřeněji můžeme vnímat pole, tím více jsme schopni tvořivě se přizpůsobit (Spagnuolo Lobb, 2003, s. 38)“. Zdravá zkušenost má estetickou kvalitu. „V případě neurotického prožívání je kontakt s novostí na kontaktní hranici utlumen tím, že je omezen kontakt s potencialitami přítomnými v poli. Toto omezení se demonstruje v podobě tzv. narušení kontaktu“³⁵. Tato narušení byla v momentě jejich vzniku původně

³³ Anglicky: „intrinsic criteria“ – vnitřní (pocházející zevnitř) diagnostické kritérium. Používáno v kontrastu s „extrinsic criteria“ – tedy kritéria daná zvenčí (např. DSM).

³⁴ Anglicky: aesthetics, »Řecké „aisthesis“ znamená „vnímání“ a estetika tak představuje vnímání prostřednictvím smyslů (Francesetti, 2012, s. 5)«.

³⁵ Take kontaktní styly (srov. Roubal, 2010, s. 184–185), např. projekce, introjekce, retroflexe, konfluence, deflexe.

zdravými obranami organismu, nejlepšími způsoby bytí v minulých vztazích, ale postupně se z nich staly nevědomé návyky – fixované gestalty (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b s. 62)“. Původně kreativní přizpůsobení „zamrzlo“ v neurotickém přizpůsobení a v jeho důsledku je přítomnost na kontaktní hranici omezená (ibid., s. 67). Estetika kontaktu je narušena a schopnost být přítomen je nahrazena absencí, která je v kontaktu patrná. „Narušení této estetiky je způsob, jak můžeme v ‚teď a tady‘ vnímat narušení kontaktu: utrpení z naší společně vytvořené zkušenosti, omezení našeho současného kontaktu, stupeň naší absence (ibid. 64).“ Neurotická zkušenost není jedinečná a vyživující, protože neumožňuje plný kontakt. Cílem terapie v případě neurotického přizpůsobení je obnovit uvědomění o přerušném kontaktu, asimilovat tuto zkušenost, obnovit možnost nového kreativního přizpůsobení, a tedy plného spontánního kontaktu (Francesetti, Gecele & Roubal, 2013b; Spagnuolo Lobb, 2013a). „Lidé rostou a vyvíjejí se prostřednictvím kontaktování... a skrze asimilaci zkušeností pramenících z těchto kontaktů“ (Mackewn in Roubal 2010, 166).

DRAMA VE VZTAHOVÉM POJETÍ GESTALT TERAPIE

Drama je akce / proces probíhající na úrovni celé osobnosti, který vychází z těla. Spagnuolo Lobb a Amendt-Lyon (2003) podtrhují, že terapeutické intervence musí být vytvářeny tak, aby je klienti mohli prožít **holisticky**, tedy nejen kognitivně, ale také na úrovni senzomotorické a emoční (s. IX). Sebevyjádření formou dramatu, opakované vstupování do improvizace nabízí možnosti vnímat proces utváření kon-

taktu. Jinými slovy, díky **ztělesnění**, které předchází verbální konceptualizaci, jsou aktivovány **implicitní vztahové znalosti** (Stern, 2003). Dle Sterna (ibid.) do implicitní vztahové znalosti patří devadesát procent toho, oč se opíráme, když se vzta- hujeme – senzomotorika, emoce, myšlenky, očekávání, schopnost být s druhým, to vše pochází z implicitní paměti, a to vše se projeví v procesu kontaktování, v estetice kontaktu. Drama evokuje primárně implicitní vztahové procesy v situaci „teď a tady“, což má významné implikace pro využití v Gestalt terapii.

Prostřednictvím dramatické hry vstupují klienti do nově se organizujícího pole chráněného bezpečím role a fikce. Zatímco aktéři utvářejí jeho obsah, vrstva fantazie, symbolů a metafor s polem pracuje tak, jako bychom na fotografii přiložili filtr, který některé fenomény v poli zvýrazní a jiné upozadí. Podpora **uvědomění** umožňuje porozumět fungování kreativního přizpůsobení, nahlédnout způsoby narušení kontaktu a mapovat průběh kontaktního cyklu při naplňování potřeb. Schopnosti a jejich deficity související s kreativním přizpůsobením se odrážejí v estetice/absenci v kontaktu. Proto je **kreativní přizpůsobení** a rozvoj schopností, které s ním souvisejí, důležitým organizujícím principem Gestalt Theatre. Těchto pět „klíčových dimenzí rozvoje člověka“ (Parlett, 2003, s. 61; viz kapitola 3.4) je obsaženo v každé improvizované dramatické situaci a dosavadní zkušenost naznačuje, že dramatická improvizace uchopená v principech Gestalt terapie dokáže přispět k jejich kultivaci. Tomu pomáhá i „hravý vztah k realitě, který je charakteristický více tvůrčím a flexibilnějším přístupem... k sobě samým a životní realitě

(Jones, 1996, s. 116)“: Zároveň kvalita přítomnosti klienta v improvizaci může posloužit i jako diagnostický nástroj, na němž může psychoterapeut pozorovat, jak se klient vyrovnává s výzvami, které nová situace nabízí. Povšimnout si, zda je proces kontaktování estetický, případně v čem spočívá absence pozorovatelná na kontaktní hranici.

To, co vzniká v dramatické situaci „**ted a tady**“ je „kreativní Gestalt, který v sobě obsahuje tělesná i sociálně vztahová schémata předchozích kontaktů (Spagnuolo Lobb, 2013b, s. 103).“ Tudíž každé „**ted a tady**“ (a tedy každá dramatická situace) v sobě obsahuje odrazy mnohých „jindy a jinde“, z nichž některé identifikujeme jako nedokončené záležitosti či fixované gestalty. A protože nedotažené figury organizují pole (Mackewn, 2004, s. 38), můžeme předpokládat, že se klient při kontaktování nejprve opře o rigidnější vztahové vzorce zapsané v implicitní vztahové paměti. Dramatická situace tak nabízí příležitost tyto figury, projevy neurotického přizpůsobení, uchopit v „**ted a tady**“ a terapeuticky proměnit v **korektivní emoční zkušenost** (srov. Yalom & Leszcz, 2007). Prožitek (**experience**) kontaktu v dramatických situacích a důraz na smyslové vnímání využíváme k rozšíření uvědomění. Jeho prostřednictvím vedeme klienty k **fenomenologické exploraci** procesu a verbálnímu porozumění fenoménům v dramatické situaci, jakožto **funkcím pole**. „Gestalt terapeutický přístup vede skrze uvědomování k větší svobodě volby a převzetí zodpovědnosti za způsob, kterým se člověk vztahuje k okolnímu světu i sám k sobě. (Roubal, 2010, s. 166).“ Tato zodpovědnost se dotýká **existenciální** úrovně bytí

ve světě a tíha voleb, které s ní souvisejí může bránit některým klientům v přijetí této odpovědnosti v životě. Drama nabízí „fail safe“ laboratoř (Sheesley, Pfeffer & Barish, 2016, s. 162) a umožňuje klientům projíkovat se do neznámých situací (Spolin, 1986). Prostřednictvím **experimentace** si pak tyto situace prožít nanečisto. Drama zprostředkuje klientům zkušenost, která nepřináší existenciální ohrožení i přesto, že jsou s existenciální realitou konfrontováni. Navíc odstup vyplývající z dramatické projekce, symbolů a metafor nabízí odlišnou perspektivu a vytváří prostor pro nové tvůrčí způsoby vztahování se (Jones, 1996). Takto Gestalt Theatre naplňuje koncept „**tří E**“ Laury Perls pro terapeutickou práci (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon, 2003). Konečně triáda velkého alibi – fikce, role a amorálnost dramatu umožňuje práci s **polaritami**, která poskytuje oporu pro práci intrapersonálními i interpersonálními konflikty (Zinker, 1977). Alibi dramatu usnadňuje proces rozpínání sebepojetí (srov. ibid.), klient tak může zažít jednání z pólů, které potlačuje, emoce, které upozaduje, překonat filtr introjektů, vyzkoušet nové, nestereotypní způsoby vztahování se a vykročit tak směrem k integraci své osobnosti. Ve zkratce: „Prostřednictvím dramatu rozžíváme a znovu integrujeme sami sebe (Dočkal, 2010, s. 530).“

Strasberg (1988) se nechal slyšet, že „pomáhá každému jedinci k uvědomění těch nejhlubších zdrojů jeho prožívání a kreativity a k tomu, aby se naučil je znovu oživit v procesu hraní (s. 104).“ Gestalt Theatre usiluje o to, aby člověk tyto zdroje kreativity obrátil směrem k umění žít.

4. ZÁVĚR

Implicitní spojení mezi Gestalt terapií a dramatem existuje již od chvíle, kdy Gestalt terapie spatřila světlo světa. Přetrvávající zájem o estetické hodnoty, kreativní postupy a umění jako takové potvrzuje, že Gestalt terapie se definuje jako vědní a zároveň umělecký obor (Spagnuolo Lobb & Amendt Lyon, 2003; Zinker, 1977). Je nasnadě, že se jako jeden ze zdrojů pro jeho praxi nabízí forma umění, která je neodmyslitelnou součástí kulturního vývoje lidstva. Gestalt Theatre je v podstatě tvůrčím přizpůsobením dramatu a divadla Gestalt terapii, které přináší explicitně do terapeutické praxe. A drama bylo od nepaměti nejen nositelem estetických hodnot, ale branou k prožívání emocí a jejich reflexi. Mělo tedy terapeutický rozměr a funkci už v dobách, kdy psychoterapie ještě neexistovala.

Už v úvodu jsem zmínil, že přímé spojení Gestalt terapie a dramatu, které reprezentuje Gestalt Theatre, je na počátku své cesty do odborného diskurzu a potřebuje validaci praxí a výzkumem s různými klientskými skupinami. Věřím, že se prostřednictvím tohoto textu podařilo udělat pomyslný krok na této cestě.

Gestalt Theatre nabízí nové možnosti, jak zacházet s uměním Gestalt terapie. Podporuje práci s tělem, přináší element hravosti, podporu a ocenění kreativního přístupu jedince k situacím, ve kterých se nachází. Rámec hry, fikce a role dokáže vnést lehkost i do těžkých témat, umožňuje odstup a vhled. A to jsou slibné předpoklady k tomu, aby symbióza dramatu a Gestalt terapie mohla být k užítku klientům. Zvláště těm, kterým se právě prostřednictvím dramatu snáze otevrou dveře k tvořivějšímu přizpůsobování se existenciální realitě, uvědomění a růstu.

Role autorů: Článek je dílem jednoho autora

Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA

- Amendt-Lyon, N. (2001). Art and Creativity in Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, 5(4), 225–248.
- Amendt-Lyon, N. (2003). Toward a Gestalt Therapeutic Concept for Promoting Creative Process. In Spagnuolo Lobb, M & Amendt-Lyon, N (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 5–20). Wien: Springer-Verlag Wien
- Bermant, G. (2013). Working With(out) a net: Improvisational Theatre and Enhanced Well-being. *Frontiers in Psychology*. 4. 929. Publikováno online, stránkování od s.1.
- Bloom, D. J. (2003). „Tiger! Tiger! Burning Bright“ – Aesthetic Values as Clinical Values in Gestalt Therapy. In Spagnuolo Lobb, M & Amendt-Lyon, N (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 63–77). Wien: Springer-Verlag Wien
- Dočkal, V. (2010). Dramaterapie. in Z. Vybíral & J. Roubal (Ed.). *Současná psychoterapie*. (s. 526–530). Praha: Portál
- Evans, K. R. & Gilbert, M. C. (2005). *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. New York: Palgrave Macmillan
- Felsman, P., Seifert, C. M., Himle, J. A. (2019). The Use of Improvisational Theater Training to Reduce Social Anxiety in Adolescents. *The Arts in Psychotherapy*. 63. 111–117.
- Francesetti, G. (2012). Pain and Beauty: from the Psychopathology to the Aesthetics of Contact. *British Gestalt Journal*. 21(2). 4–18.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Ed.). (2013a) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (2013b). Gestalt Therapy Approach to Psychopathology, In Francesetti, G., Gecele,

- M. & Roubal, J. (Ed.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (s. 53–72). Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.
- Fres, C. (2013). *Teatro Terapia Gestalt (tesina)*. Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Greenberg, L. (2013). Preface. In Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Ed.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (s. 11–13). Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.
- Jones, P. (1996). *Drama as Therapy: Theatre as Living*. New York: Routledge
- Kindler, A. (2010). Spontaneity and Improvisation in Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*. 30 (3). 222–234.
- Kindler, R. C. & Gray, A. A. (2010). Theatre and Therapy: How Improvisation Informs the Analytic Hour. *Psychoanalytic Inquiry*. 30 (3). 254–266.
- Krueger, K. R., Murphy, J. W. & Bink, A. B. (2019). Thera-prov: a Pilot Study of Improv Used to Treat Anxiety and Depression. *Journal of Mental Health*, 28 (6). 621–626.
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: Moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál
- Machalíková, J. & Musil, R. (2015). *Improvizace ve škole: Didaktika improvizace pro rozvoj osobnosti žáků středních škol*. Praha: Informatorium
- Machková, E. (1998). Úvod do studia dramatické výchovy. Mělník: Josef Havelka JH&C.
- Marín Romera, D. (2017). *Notes for the workshop on Gestalt Theatre in Brno*. Not published.
- Levine, P. A. (2017). *Trauma a paměť: Pohled do živé minulosti mysli a těla*. Praha: Maitrea
- Lukavský, R. (1978). *Stanislavského metoda herecké práce*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
- Parlett, M. (2003). Creative Abilities and the Art of Living Well. In Spagnuolo Lobb, M & Amendt-Lyon, N (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 53–62). Wien: Springer-Verlag Wien
- Philippson, P. (2018). *The Emergent Self: An Existential-Gestalt Approach*. New York: Routledge
- Polínek, M. D. (2012). Gestalt přístup v teatroterapii. *Arteterapie*, 29, 122–125.
- Polínek, M. D. (2016). Gestalt Drama as an Integrative Psychotherapeutic Approach. *Review of Artistic Education*, 11, 139–145
- Remsová, L. (2011). *Divadlo utlačovaných a jeho edukační možnosti v sociální pedagogice*. Disertační práce. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/70805/pedf_d/
- Ringstrom, P. A. (2001). Cultivating the Improvisational in Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*. 11 (5). 727–754.
- Romanelli, A., Moran, G. S., Tishby, O. (2019). Improvisation – Therapists’ Subjective Experience during Improvisational Moments in the Clinical Encounter. *Psychoanalytic Dialogues*. 29 (3). 284–305.
- Romanelli, A. & Tishby, O. (2019). „Just what is there now, that is what there is“ – the effects of theater improvisation training on clinical social workers’ perception and intervention. *Social Work Education*. 38 (6). 797–814.
- Roubal, J. (2009). Experiment: A Creative Phenomenon of the Field. *Gestalt Review*, 13(3), 263–276.
- Roubal, J. (2010). Gestalt Terapie. in Z. Vybiral & J. Roubal (Ed.). *Současná psychoterapie*. (s. 164–194). Praha: Portál
- Roubal, J. (2019). An Experimental Approach: Follow by Leading. In Philip Brownell (ed.). *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*, 2nd edition. (s. 220–268) Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing
- Sheesley, A. P., Pfeffer, M. & Barish, B. (2016). Comedic Improv Therapy for the Treatment of Social Anxiety Disorder. *Journal of Creativity in Mental Health*. 11 (2). 157–169.
- Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (Ed.). (2003). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. Wien: Springer-Verlag Wien
- Spagnuolo Lobb, M. (2003). Therapeutic Meeting as Improvisational Co-Creation. In Spagnuolo Lobb, M & Amendt-Lyon, N (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 37–49). Wien: Springer-Verlag Wien

- Spagnuolo Lobb, M. (2013a). Fundamentals and Development of Gestalt Therapy in the Contemporary Context. In Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Ed.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (s. 22–50). Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.
 - Spagnuolo Lobb, M. (2013b). Developmental Perspective in Gestalt Therapy. The Polyphonic Development of Domains. In Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Ed.) *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (s. 103–121). Milan: Instituto di Gestalt HCC Italy.
 - Spolin, V. (1986). *Theatre Games for the Classroom: A Teacher's Handbook*. Evanston: Northwestern University Press.
 - Spolin, V. (1999). *Improvisation for the Theater*. Evanston: Northwestern University Press.
 - Stern, D. N. (2003). On the Other Side of the Moon: The Import of Implicit Knowledge for Gestalt Therapy. In Spagnuolo Lobb, M & Amendt-Lyon, N (Ed.). *Creative License: The Art of Gestalt Therapy*. (s. 21–35). Wien: Springer-Verlag Wien
 - Stern, D. N. (2004). The Present Moment as a Critical Moment. *Negotiation Journal*. 20. 365–372.
 - Strasberg, L. (1987). *A Dream of Passion: The Development of The Method*. London: Penguin Books Ltd.
 - Šupa, J. (2010). Expresivní terapie. in Z. Vybíral & J. Roubal (Ed.). *Současná psychoterapie*. (s. 513). Praha: Portál
 - Tint, B. & Froerer, A. (2014). *Delphi Study Summary Applied Improvisation Network*. Dostupné z: <http://www.appliedimprovisation.network/wp-content/uploads/2015/11/Delphi-Study-Summary.pdf>
 - Valenta, M. (2011). *Dramaterapie (4., aktualizované a rozšířené vydání)*. Havlíčkův Brod: Grada.
 - Van Bilsen, G., Kadijk, J. & Kortleven, C. (2014). *Yes and... AIN Austin 2014: The Added Value of Improvisation in Organizations*. E-book.
 - Vybíral, Z. (2010). Integrace v psychoterapii. in Z. Vybíral & J. Roubal (Ed.). *Současná psychoterapie*. (s. 278–300). Praha: Portál
 - Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books
 - Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál
 - Zinker, J. C. (1977). *Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House USA Inc.
- Došlo do redakce 6. 2. 2020, v revidovaném znění 23. 3. 2020. K publikaci přijato 30. 3. 2020.*

GESTALT TERAPIA PO TRIDSIATICH ROKOCH V ČR: DRŽÍME SA PRINCÍPOV?

Anton Polák

Dialog – Český institut pro výcvik v Gestalt psychoterapii, Brno, CZ; ANPolak@seznam.cz

Psychoterapie. 14 (2), 170–180; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Gestalt terapia (GT) sa v našich geografických podmienkach pevne etabluje od začiatku 90. rokov minulého storočia a v súčasnosti patrí medzi najpoprednejšie smery a to nielen z hľadiska počtu terapeutov, ktorí sa k tomuto smeru hlásia. Jej vývoj u nás pritom nie je bez zložitostí, ubera sa podobne spleťtými cestami, ako tomu je aj inde vo svete. Tento jav nie je ani tak podmienený tendenciou k diverzite – tá je zákonitá a prirodzená – ale často skôr chýbaním jasného vedomia základu či základných zložiek gestalt terapeutického pohľadu na človeka, ktorými sú fenomenológia, teória poľa a existenciálny dialóg a ich jedinečnej vzájomnej prepojenosti. Predmetom článku nemá byť faktografický či historický prehľad vývoja GT u nás, ale skôr úvaha nad otázkou, čo je a čo nie je GT vo veľmi konkrétnych súvislostiach terapeutической práce a príprave terapeutov vo výcvikoch. Článok vychádza z príspevku, ktorý odznel na 4. Česko-Slovenskej konferencii Gestalt psychoterapie v Sepetnej (október 2014).

Kľúčová slova: Gestalt terapia, fenomenológia, teória poľa, existenciálny dialóg, psychoterapeutický výcvik.

1. KTO SOM A AKÉ OTÁZKY SI KLADIEM

Volám sa Anton Polák, mám 66 rokov a už takmer 39 rokov pracujem ako klinický psychológ a psychoterapeut. S gestalt terapiou (GT) som sa po prvý krát stretol už v prvej polovici 80. rokov počas svojho prvého terapeutického výcviku. Vtedy to bol iba jednorazový zážitok v rámci komunitného výcviku v dynamickej skupinovej terapii (SUR) – ukážku gestalt terapeutической práce nám vtedy prišiel predviesť Karel Balcar. V nasledujúcich rokoch som mal možnosť zažiť ešte dotyk s niekoľkými ďalšími terapeutickými smermi, za všetky spomeniem iba rogeriánsku terapiu a katalýmne imaginatívnu psychoterapiu.

Moja skutočná cesta ku GT začala až v lete roku 1990, kedy sa mi po prvý krát naskytla príležitosť zúčastniť sa letného rezidenčialneho výcviku v GT, ktorý v Európe pravidelne usporadúva americký inštitút GATLA. Tohto výcvikového programu som sa potom zúčastňoval aj v ďalších rokoch a mojimi najväčšími učiteľmi boli Robert a Rita Resnick a nedávno zosnulý Todd Burley. Mimo toho som po celé tieto roky bol aj v ďalšom pravidelnom výcviku s tímom trénerov britského GPTI, spomeniem ktorých spomeniem hlavne Tali Levine Bar-Yoseph a Jay Levina. Certifikát gestalt terapeuta som obhájil koncom 90. rokov

a spolu s ďalšími kolegami sme založili inštitút Dialog – Český institut pro výcvik v gestalt psychoterapii, v ktorom spoločne s nimi fungujem ako tréner a supervízor doteraz. Takže – ak to budem počítat až od roku, kedy som obhájil certifikát – gestalt terapeutom som, alebo sa ním snažím byť, už bezmála 25 rokov.

Možno si niektorí z vás teraz kladú otázku, prečo vás zafažujem týmito osobnými údajmi, zvlášť keď je medzi vami určite veľa tých, čo ma poznajú? To, že sa môžem odvolať na svoju skúsenosť a aktivity na poli GT mi v tejto chvíli pomáha k istejšiemu pocitu oprávnenosti podeliť sa s vami o niekoľko pozorovaní alebo reflexií z mojej trénerskej a supervízorskej skúsenosti. Budú to úvahy a otázky, ktoré ma skôr znepokojujú a občas ich mám spojené aj s určitým sebaspytovaním.

Aj keď je v názve môjho príspevku „Gestalt terapia po tridsiatich rokoch v ČR“, nečakajte nejakú exkurziu do histórie. Zaujímam ma súčasný stav GT u nás, stav po takmer 30 rokoch vývoja a ešte viac obraz gestalt terapeuta a otázka, čo bude s GT ďalej? Kam smerujú psychoterapeuti, ktorí sami seba označujú za gestalt terapeutov? Ako som už naznačil, k týmto otázkam a úvahám sa vraciam už dlhšiu dobu a ku konečnému rozhodnutiu ma hlavne v poslednom roku posunuli dve veci: po prvé sú to opakujúce sa otázky ohľadne GT, ktoré dostávam od študentov vo výcvikoch, pri prednáškach a konferenciách a druhé som si po rokoch znovu náhodne prečítal článok Boba Resnicka zo začiatku 80. rokov a prekvapilo ma až zarážajúca podobnosť vývoja GT v USA s tým, čo môžeme vidieť aj u nás. Zdá sa, že história sa opakuje aj v našich podmienkach.



Anton Polák

PhDr. Psycholog, vystudoval na Univerzite Komenského v Bratislave, po létech pôsobení na Slovensku žije nyní v Brně, kde vede vlastní soukromou psychologickou a psychoterapeutickou praxi. Svoje psychoterapeutické vzdělávání začal výcvikem v dynamické skupinové terapii a později i působil jako trenér ve výcviku v skupinové terapii. Od konce 90. let, kdy certifikační zkouškou ukončil výcvik s GATLA a GPTI, se věnuje Gestalt terapii. Kromě trenérské práce v Institutu Dialog externě přednáší na Psychologickém ústavu FFMU v Brně (mimo jiné fenomenologickou psychologii a dynamickou neurozologii) a věnuje se překladům psychoterapeutické literatury. Je držitelem ECP.

Od svojich začiatkov pozorujem, že GT neprifahuje iba tých študentov, ktorí sa chcú učiť tvrdej, trpezlivej a zodpovednej práci, akou psychoterapia je, ale – a musím povedať, že ma to vždy dráždilo – má niekedy osobitnú príťažlivosť aj pre akcentovanejších ľudí. Sú to ľudia, ktorí hľadajú v prvom rade rýchly intenzívny zážitok a sú presvedčení, že k dobrej psychoterapii stačí iba cítiť a prežívať a u klientov to možno dosahovať pomocou abrazívnych techník, či riadených tematizovaných experimentov.

V duchu hesla „ak to funguje, tak to použi“ alebo „všetko je dobré, ak to podnieti intenzívne prežívanie“ sa základným cieľom terapeutической práce stalo vyvolať akciu, aby

sa niečo dialo, aby sa ľudia čo najrýchlejšie „oslobodili“ od všetkého, čo ich zväzuje v sebaexpresii, spontaneite či uspokojovaní potrieb a to aj bez ohľadu na prostredie. To je psychopatická cesta a z histórie vieme, že k takémuto obrazu prispievala aj celková atmosféra 60. rokov a z časti aj postoje a chovanie niektorých protagonistov GT v dobe, kedy sa GT začínala na terapeutickú scénu presadzovať (Resnick, 1984, 1995; Yontef, 2009; Kratochvíl, 2002). Zdá sa ale, že časť mladých ľudí stále priťahujú rysy nespútanosti, adolescentného vzdoru a potrhlosti, alternatívy voči prevažujúcemu hodnotovému svetu a establishmentu.

Táto línia vývoja bola pre GT a jej obraz u verejnosti, hlavne tej odbornej, vždy poškodzujúca a ja sa ňou nechcem zaoberať podrobnejšie. Zmieňujem sa o nej iba z toho dôvodu, že na internete ešte aj dnes nájdete odkazy, ktoré podávajú takýto obraz GT a potom (celkom logicky) varujú pred jej použitím u niektorých kategórií pacientov. Aj táto vývojová línia – podľa môjho názoru – vyplýva z hlbokého nepochopenia toho, o čom vlastne GT je. A to je ústredná otázka celého môjho príspevku – nepochopenie stojí za mnohými, pre niekoho možno nenápadnými, ale v skutočnosti veľmi dôležitými javmi, ktoré môžu zásadne ovplyvňovať ďalší vývoj GT u nás.

Z výcvikov pravidelne vychádzajú ďalší a ďalší gestalt terapeuti, kolegovia, ktorí sa k tomuto terapeutickému smeru hlásia. Keď pozorujem, ako si vo svojich začiatkoch počínajú, vyvoláva to vo mne niekoľko otázok. Ako sú pripravení pre terapeutickú prácu? Aký je ich ďalší vývoj po absolvovaní výcviku? Je to, čo robia, skutočne GT? Čím to je, že – aj keď sa stále hlásia ku GT – mnohí časom začnú opatrne hovoriť, „Vieš, to, čo robím, nie je celkom čistá GT, mám v tom

aj niekoľko iných vecí,“ alebo sa označujú za „eklektikov“ a racionalizujú to tvrdením, že „predsa obecná skúsenosť potvrdzuje, že väčšina psychoterapeutov je eklektických.“ To je asi pravda, ale dovoľím si tvrdiť, že to nie je dobrá cesta, rozhodne nie lepšia, než zostať pri vlastnom terapeutickom smere a intenzívne sa v ňom rozvíjať ďalej.

Laura Perls pri jednej príležitosti povedala, že je toľko GT, koľko je Gestalt terapeutov. S týmto pohľadom sa nedá nesúhlasiť, ak ho budeme chápať ako výraz esenciálneho potvrdenia či prijatia faktu jedinečnosti a neopakovateľnosti existencie každého z nás, odlišnosti skúsenosti a fenomenológie každého človeka, teda aj terapeuta. Sú však Gestalt terapeuti, ktorí si to vykladajú prvoplánovo a mylne ako povolenie „robiť si, čo chcem“ a stotožňujú si GT s takouto slobodou. Vyzerá to tak, akoby GT chápali v prvom rade ako voľný priestor, do ktorého je možné priniesť takmer všetko a potom je to tá správna GT.

Rozmanitosť je prirodzená, dokonca zákonitá. Avšak u väčšiny tvarov, ktoré vyrastajú z takejto východiskovej pozície, mám pochybnosť, či ešte stále ide o GT a to aj napriek tomu, že sa ich autori či zástancovia stále definujú ako gestalt terapeuti. V tom lepšom prípade svoj prístup označujú za eklektický („robím tak trochu gestalt a niečo z toho aj z toho aj z toho“) a v tom – podľa môjho názoru – horšom prípade hovoria o integratívnom prístupe. Rozmanitosť je dobrá, ale súčasne potrebujeme aj hranice. Nie nejaké železné, z ostnatého drôtu, ale zdravé. To znamená hranice, ktoré sú jasné a zároveň pružné a selektívne priepustné.

2. SVETONÁZOR GT

My, gestalt terapeuti – podobne ako iní terapeuti – zastávame implicitne aj explicitne určitý základný pohľad na človeka, jeho miesto vo svete a vzťah so svetom, ak chcete určitý „svetonázor“ (Resnick, 1997) a na jeho základe volíme, ktoré klinické alebo teoretické názory sú integrovateľné s GT, ktoré do nej pasujú, a ktoré nie. Svetonázor je niečo, čo nás vybavuje určitou optikou, ktorá umožňuje rozlišovať a integrovať. Je to určitý „uvedomovaný fenomenologický organizujúci gestalt“ (Resnick, 1997). Svetonázor je fenomenologickou realitou, neznamená teda, že je jediný správny – pre niekoho iného môže byť rovnako platný iný svetonázor.

Takisto to neznamená, že ak máme nejaký svetonázor, tento nemôže podliehať modifikáciám. Ak chce nejaký systém zostať živý, musí byť otvorený integrácii nového poznania. Poznanie sa neustále vyvíja a posúva, musíme ale rozlišovať, čo z nových informácií pasuje alebo nepasuje do svetonázoru, ktorý zastávame. Niekedy sa samozrejme môžu vynoriť úplne nové veci, ktoré sú natoľko presvedčivé, že aj keď nezapadajú do nášho pohľadu na svet, stoja za to, aby sme sa na ne pozreli, preskúmali ich a možno zmenili vlastný pohľad.

Pokúsím sa ale najprv vyložiť gestalt terapeutický svetonázor. Tak, ako mu rozumiem, v zásade hovorí, že človek je sebaregulujúci sa organizmus v organizmicko-environmentálnom poli, kde neustále tvorí zmysel, tvorí vlastnú fenomenológiu. Čo to znamená? Človek, ako každý iný biologický organizmus, od narodenia usiluje o prežitie. To je „biologický imperatív života“ (Resnick, 2013). Pritom od začiatku

musí k svojmu prežitiu aspoň minimálne prispievať – musí napríklad dokázať sám dýchať, sať, prehĺtať, upozorňovať svet okolo na narušenia svojej rovnováhy, na svoje potreby, stále musí niečo dopĺňovať a niečoho sa zbavovať. Od tejto aktivity závisí jeho ďalší rast a schopnosť stále samostatnejšie zvládať stále narastajúce zložitosti života. Tento princíp sa nazýva organizmickou sebareguláciou (OSR).

Aj keď hovoríme, že sa musí podieľať na svojom prežití, v tomto úsilí rozhodne nie je sebestačný. Potrebuje svet, pole, pretože tam leží podpora a hlavne zdroje pre uspokojenie potrieb alebo miesto, kam vylučuje to, čoho sa potrebuje zbaviť. Žiadna potreba nie je naplniteľná zo seba samej, život každého organizmu závisí na vzťahoch s prostredím, na nepretržitej výmene a interakcii s ním. Perls, Hefferline a Goodman (2004) hovoria, že „kontakt medzi organizmom a prostredím je konečnou realitou, je to fungujúci, vzájomne sa ovplyvňujúci celkový systém.“ Pojem OSR poukazuje na neoddeliteľnosť organizmu a poľa. Organizmus a pole sú jedno, preto niekedy hovoríme o organizmicko – environmentálnom poli.

V tomto nepretržitom kontakte s prostredím veci nielen vnímame, cítime, dotýkame sa ich, my im aj dávame zmysel. Človek sa rodí ako organizmus, ktorý vytvára zmysel, konštruuje jedinečné významy a interpretácie a tým aj svoju jedinečnú skúsenosť, svoj jedinečný svet, svoju jedinečnú fenomenológiu. Aj keď spoločne zdieľané biologické alebo sociokultúrne premenné zabezpečujú určitú čiastočnú podobnosť v skúsenosti jednotlivých osôb, každý z nás dodáva do interakcie s realitou množstvo premenných, ktoré sú odvodené z našej histórie,

z našich jedinečných individuálnych životných skúseností.

Významy, ktoré konštruujeme, sa preto do značnej miery líšia od významov, ktoré konštruujú druhí. V dôsledku toho sú naše skúsenosti iba z časti zdeliteľné a spoločne zdieľateľné. Táto skutočnosť je vyjadrená v existencialistickom konštatovaní, že je toľko svetov, koľko je ľudí. Žiadny individuálny svet, teda ani terapeutov, si preto nemôže nárokovať na vyššiu realnosť, pravdivosť alebo nadradenosť nad svetom niekoho druhého.

V procese uspokojovania svojich potrieb a prispôsobovania sa svetu sa človek musí opierať o svoju fenomenológiu. Fungovanie je zdravé vtedy, keď dokážeme byť v kontakte so sebou, so svojimi neustále sa meniacimi organizmickými potrebami a zároveň v kontakte s neustále sa meniacim prostredím. To znamená, že je dôležité uvedomovať si svoje potreby, ako sa vynárajú v poli a pritom si uchovať schopnosť rozlišovať a tvoriť nové interpretácie, ktoré sú viac v súlade s prítomnou skutočnosťou než so zafixovanými pohľadmi či vzorcami z minulosti.

Niekedy si prestávame uvedomovať, že vo svojom vnímaní a vytváraní zmyslu strácame kontakt s prítomnou situáciou a viac sa opierame o staré interpretácie, o rôzne anachronické predpojatosti, fixované pohľady, ktoré boli priliehavé a kreatívne niekedy v minulosti, ale teraz prekážajú optimálnemu prispôsobeniu neustále sa meniacemu poľu, bránia naplňovaniu potrieb a ďalšiemu rastu. Človek tak stráca prístup ako k vlastným zdrojom tak aj k tomu, čo si môže zo sveta brať, stráca teda možnosť voľby v reagovaní vo svete. A predpokladom obnovenia možnosti plnej voľby je uve-

domovanie. Až keď si znovu začne plne uvedomovať svoj proces vo chvíli, keď prebieha, až potom má možnosť voľiť inú reakciu, alebo keď ju už pozná a niečo mu bráni v jej použití, môže sa dívať na to, čo to je.

Toto je – podľa môjho chápania – gestaltistický svetonázor. Samozrejme nie je jediný. Ako som už povedal, aj iné terapeutické smery či školy majú svoj svetonázor, ale dôležitosť toho nášho spočíva v tom, že sa v ňom manifestuje existenciálny pohľad na vzťah a psychológiu človeka. Je to pohľad, ktorý určuje našu teóriu terapie, teda to, čo v terapii robíme a prečo to robíme. Keď si znovu pripomenieme jeho tri kľúčové pojmy či momenty – vzťah, tvorba zmyslu a uvedomovanie – začína byť jasné, prečo hovoríme, že v našich teoretických základoch je teória poľa, fenomenológia a existenciálny dialóg.

3. PRINCÍPY GT

Teória poľa je o vzťahu, hovorí, že všetko so všetkým súvisí a že všetko je v pohybe, celé pole a história poľa sú tým, čo vytvára našu skúsenosť v danej chvíli. Fenomenológia zasa je o našom prežívaní a konštruovaní významov, o zodpovednosti za organizovanie si sveta, ktorý žijeme, vrátane tvorby zmyslu našej existencie. A nakoniec existenciálny dialóg, ako o ňom hovorí Martin Buber, je miestom, kde sa fenomenológia jednej osoby stretáva s fenomenológiou druhej osoby. Je to stretnutie, v ktorom je zrejmá odlišnosť a z tejto odlišnosti môže vyplynúť uvedomovanie.

Ako hovorí Resnick (2013), tieto tri princípy – teória poľa, fenomenológia a dialóg – tvoria „trojnožku podporného systému“ GT. Trojnožka bude pevne stáť iba vtedy,

keď bude mať všetky tri nohy. Ak niektorú z nich odstránime, zrúti sa. Samozrejme, môžeme ju nahradiť inou nohou – napríklad nohou od stola alebo nohou z inej stoličky – ale potom to už bude iná trojnožka.

Je potrebné znovu zdôrazniť, že až tieto tri súčasti spolu tvoria GT. Ako vidíme, nie sú zvolené náhodne, odráža sa v nich náš svetonázor, každá celkom prirodzene predpokladá podporu ostatných dvoch. Najdôležitejšie je to, že spolu určujú našu teóriu terapie, teda to, čo v terapii robíme a ako to robíme.

Každá terapia – teraz zdôrazňujem, že hovorím o teórii práce s klientom – musí mať jasno v aspoň troch základných otázkach: prvou je filozofia, druhou metodológia a tretou technológia alebo techniky (Resnick, 1984). Ak v nich jasno nemá, je ťažké povedať, o čom je.

Aj keď korene GT ležia z časti v psychoanalýze, presnejšie v psychoanalytickej teórii osobnosti, ako liečebná modalita je GT zásadne odlišná. Zatiaľ čo filozofickým základom psychoanalýzy je biologický determinizmus, filozofický základ GT je jednoznačne existenciálne fenomenologický.

Táto odlišnosť sa potom prirodzene odráža aj vo voľbe metodológie. V psychoanalýze je metodológiou riešenie prenosu, resp. prenosovej neurózy. Terapeut svojou anonymitou podporuje rozvoj prenosovej neurózy a prostredníctvom interpretácií a práce s odporom klienta vedie k prijatiu odlišného, „zdravého“ modelu sveta. Našou metodológiou je uvedomovanie, v doslovnom aj širšom zmysle slova, uvedomovania seba aj sveta. Hlavnými súčasťami gestalt terapeutickkej metodológie je preto fenomenologická metóda a dialóg.

Fenomenologická metóda je pozícia, kto-

rá umožňuje dostať sa do kontaktu s prítomnou existenciou, to znamená *uvedomiť si*, čo robím a ako to robím a ak to robím spôsobom, ktorý nefunguje dobre pre moje potreby, môžem voľiť iný spôsob. V terapii to dáva možnosť učiť klienta procesu uvedomovania si čo robí a ako to robí, namiesto toho, aby sme mu hovorili, čo, alebo aký by mal byť, alebo prečo je taký, aký je.

Gestalt terapeut pracuje tak, že vstupuje s pacientom do dialógu, nechce ho manipulovať k nejakému konkrétnemu terapeutickému cieľu. Ak by ho k nemu posúval, pacient nemôže sám rásť a podporovať seba samého. Dialóg sa vyznačuje úprimným záujmom, vrelou, akceptáciou a dôrazom na zodpovednosť za seba.

Dialóg však rozhodne nie je taký jednoduchý, akoby sa mohlo zdať z tejto charakteristiky. Hoci kto môže povedať: „Áno, to je presne to, ako to robím. Rozprávam s klientom, zaujímam sa oň, som vrelý, pristupujem k nemu s rešpektom ako k druhému, rovnocennému Ja.“ Buberovské Ja – Ty je niečo iné než Ja – Ja. Keď k druhému pristupujem ako k druhému Ja, nevyhnutne strácam zo svojho prístupu tie princípy, ktorými sa existenciálny dialóg vyznačuje, pretože tým toho druhého objektifikujem. Dôsledkom je, že miesto neho najpravdepodobnejšie uvidím iba projikovaný obraz seba. Takýto vzťah napriek vrelému „osobnému“ pocitu je v skutočnosti vzťahom Ja – Ono. Ako osobu môžem druhého poznať iba ak vstúpim do osobného vzťahu. Bez toho ju môžeme spoznávať iba cez pozorovanie a usudzovanie, teda iba „objektívne.“

Čo sa týka technológie je to tá najmenej dôležitá súčasť terapie. Teda netrúfam si hodnotiť, ako dôležité sú techniky v iných terapeutických prístupoch, ale pre GT sú

takmer irelevantné. Ako hovorí Resnick (1984), „ak by sa akákoľvek technika, ktorú niekedy nejaký gestalt terapeut použil, nemala použiť už nikdy, skutočného gestalt terapeuta by to nijako neovplyvnilo.“ Pokiaľ niekto tvrdí, že bez techník je jeho práca ochudobnená, je veľmi pravdepodobné, že to čo robí, nie je GT.

4. REFLEXIA ČASŤÝCH PROBLÉMOV V PRAXI

V praxi sa zdá, že technológia je tou súčasťou nášho prístupu, ktorá mnohých začínajúcich terapeutov priťahuje najviac. Spomínam si v tejto súvislosti na prekvapenie jednej uchádzačky o výcvik. Keď som jej pri rozprávaní o našom programe hovoril, akú významnosť vo výcviku pripisujeme teórii a filozofii GT, reagovala poznámkou: „To snáď nie je až tak dôležité.“

Musím povedať, že slabý záujem o teóriu a jej štúdium je takmer všeobecný. Niektoré – podľa mňa principiálne veci – potom pre mnohých zostávajú iba teoretickým pojmom bez jasnejšieho obsahu a „terapeuti“ prestávajú doceňovať ich zásadnosť. S ľahkosťou ich prehliadajú ako niečo marginálne, bez čoho „to predsa aj tak ide.“

Samozrejme, výcvik je časovo limitovaný, a preto môže ponúknuť iba základnú teóriu. Vychádzajúci terapeuti by sa v nej mali ďalej intenzívne vzdelávať. Obzvlášť filozofia a metodológia potrebujú hlboké poznanie, ak ich máme plne asimilovať a inkorporovať do svojho prístupu. Túto výzvu však mnohí ľudia akosi strácajú zo zreteľa a v práci spoliehajú skôr na technický prístup. GT sa im zúži do akejsi fixovanej technológie. Techniky sa dajú naučiť ľahko a keď ich môžem používať, dáva to pocit istoty: robím terapiu.

Fixovaná technológia je však to, čo je – je fixovaná, teda konečná a skôr či neskôr s ňou ľudia narazia. V praxi začnú mať pocit, že aj keď sa maximálne snažia, ich terapeutickú prácu čosi chýba. Typické je, že miesto toho, aby riešenie hľadali v hlbšom štúdiu terapeutického prístupu, ku ktorému sa hlásia, skôr či neskôr dospejú k vedomému či neuvedomovanému záveru, že GT – taká, aká je – je neúplná, svojím spôsobom oklieštená a potrebuje k sebe ešte niečo, čo by ju vylepšilo a zvýšilo jej možnosti. Na základe tohto predpokladu sa potom začínajú rozhliadať po iných prístupoch a hľadajú v nich tú súčasť, ktorá – podľa ich presvedčenia – GT chýba.

Typické je, že ani u týchto prístupov nejdú do hĺbky, nezaoberajú sa ich filozofiou či metodológiou, ale preberajú iba ich efektne prvky, najčastejšie techniky, ktoré priťahujú trebárs rýchlosťou, s akou dokážu odkrývať nový materiál pre prácu alebo vyvolať nejaký dramatický emočný efekt. A tak začínajú vznikať rôzne podivné tvary GT *a...* GT *a* neurolingvistické programovanie, GT *a* riadená imaginácia, GT *a* meditácie, GT *a* rodinné konštelácie a ďalšie a ďalšie možné aj nemožné kombinácie, nehovoriac o takých bizarných či mysticko-magických kombináciach, ktoré ťažko môžu mať s GT niečo spoločného, ako napríklad GT *a* výklad tarotov, GT *a* šamanizmus, GT *a* grafologická analýza, GT *a* primitívna expresia. (Áno, aj takéto veci môžete nájsť na internete.)

Hlásiť sa k nejakým technikám alebo ich používať bez integrovaného pochopenia a asimilácie tej matrice, tj. svetonázoru, z ktorej vyrastajú, znamená úplne prehliadnuť a stratiť z vlastnej práce to, o čom GT je. A stratiť jednu nohu podpornej „trojnožky“

znamená jej zrútenie. Iba malý príklad: V GT zdôrazňujeme dialóg, uvedomovanie a zodpovednosť, ktoré sú predpokladom zmeny. O aké uvedomovanie, zodpovednosť alebo dialóg ide v NLP, metodológiou či skôr technikou ktorej je „pacing and leading“ (sprevádzanie a vedenie)? NLP terapeut sleduje dôkladne klientovu metódu komunikácie – jeho hlas, intonáciu, rytmus, dýchanie, metafory apod. – a kopíruje ich s cieľom navodiť medzi sebou a klientom konfluenciu. Keď sa to podarí, začne tieto vzorce pomaly a nenápadne alterovať, aby klienta cez túto väzbu priviedol k novému spôsobu konania. Sám tak pre klienta a bez jeho uvedomovania vyberá cieľ a novú „normu.“

A myslím, že niečo podobné sa deje aj v riadenej imaginácii a rodinných konšteláciach. Nepopieram, že ako technika môžu rodinné konštelácie za istých okolností priniesť celkom užitočný diagnostický vhľad do deficitov v klientovej rodinnej skúsenosti. Po naplnení tohto účelu však často pracujú s v podstate sugestívnymi rituálmi, ktoré pomocou interpretácií priamo či nepriamo klienta nútia k introjekcii, tj. aby v konečnom dôsledku prijal hodnoty a predstavy terapeuta (Dreitzel, 2013).

Je dobré si uvedomiť, že každá technika alebo tematizovaný experiment boli pri svojom zrode jedinečným kreatívnym experimentom, ktorý vyplynul z nejakej zložitej situácie. Ak ich potom začneme používať pravidelne, stáva sa z nich iba akýsi „skostnatený prefabrikát“, ktorý nemôže nijako výrazne oplodniť ani našu prácu ani klientovo uvedomovanie a rast. Navyše, ak techniku používame bez poznania jej filozofie, stáva sa slepou.

Filozofie alebo svetonázory sa kombinovať nedajú; nikto nemôže byť veriacim

ateistom alebo komunistom – demokratom. Na rozdiel od toho, techniky miešať môžeme, ale potom to niekedy môže dopadnúť, ako keď „pejsk a kočička pekli dort.“ Najhoršie je, keď takýto terapeut ešte dospeje k presvedčeniu, že je čas, aby začal svoju skúsenosť predávať druhým, začne cvičiť a vzdelávať a svojim študentom podáva túto podivnú zmes ako GT.

Osobitným problematickým rysom prístupu mnohých gestalt terapeutov zostáva sklon k interpretovaniu a – bohužiaľ – často to robia na spôsob špatného prvoplánového analytika. Len nedávno som od jedného klienta počul o zážitku z GT workshopu, kde lektor pri skúšaní jednej techniky pohotovo zinterpretoval klientovu reakciu ako potvrdenie nejakej traumy, ktorú mal podľa neho zažiť v pôvodnej rodine a keď to klient odmietol, začal pracovať na jeho odpore prijať skutočnosť, ktorá je „predsa evidentná.“ Obávam sa, že takýto gestalt terapeut buď nevie nič o fenomenologickej metóde (o zátvorkovaní, deskripcii a horizontalizácii) ani o dialógu (hlavne o tom princípe, ktorý nazývame inklúziou), alebo sú tieto dve veci pre neho iba vágnymi teoretickými pojmami, ktoré v stretnutí s klientom vlastne nie sú až tak významné. Fenomenologická pozícia je podmienkou dialogickej pozície. Ak ju opustíme, nevyhnutným dôsledkom je aj strata dialogickej pozície. Takéto narábanie s interpretáciou je deterministické a determinizmus je iný „svetonázor“ než náš.

Pripomeňme si, že v čase zrodu psychológie bol determinizmus filozofiou vtedajších prírodných vied a psychológia, ak chcela získať uznanie ako vedecká disciplína, ho musela prijať tiež. Keď sa začalo ukazovať, že s touto metodológiou sa pri skúmaní ľudskej

prírodnosti a ľudského života nedá úplne vystačiť, že nedokáže vysvetliť subjektivitu, jedinečné vnútorné prežívanie, teda nedokáže priniesť plné pochopenie toho, čo je esenciou bytia človekom, praktickí psychológovia, psychoterapeuti, začali hľadať prístup, ktorí by bol v tomto smere prínosnejší.

Zdá sa, že v tomto smere mali iba dve možnosti: obrátiť sa k mysticismu alebo k fenomenologicko-existenciálnej filozofii. Voľba fenomenológie bola logická a ukázala sa byť nesmierne plodnou. Avšak napriek tomu, že mnohí psychológovia a psychoterapeuti vo svojom prístupe hovoria o potrebe fenomenologickej pozície, je pre nich ťažké opustiť dominujúcu kultúru kauzálneho, tzn. deterministického videnia sveta, v ktorej boli akademicky vychovávaní. Fenomenologické postuláty a ich implikácie im pripadajú nielen nové, ale často aj vnútorne rušivé a odporujúce ich „prírodnému“ založeniu. Jednoducho je pre nich ťažké asimilovať ich a žiť. Deterministické videnie im tak nenápadne znovu a znovu vstupuje do uvažovania a keď v klientovej skúsenosti objavia rysy alebo zážitok, ktorý zapadá do nejakej vysvetľujúcej teórie, prestanú fenomenologicky zátvorkovať, strácajú kontakt s klientovým prítomným prežívaním, s jeho procesom a prechádzajú k prepracováaniu minulosti spôsobom, akým to robia analytici.

5. OTVORENOSŤ GT K INTEGRÁCII

Toto moje vytrvalé zdôrazňovanie hraníc GT nemá znamenať, že robiť niečo iné, než GT, je zlé. Iné terapie sú takisto primerané a dokážu robiť užitočné a veľmi pragmatické veci. Ak chcete, môžete ich dokonca niekedy použiť a je to v poriadku, pokiaľ si jasne uvedomujete, že to nie je GT. Ak

však nebudete vedieť, o čom GT je, ak váš pohľad na ňu bude zúžený (napríklad, ak ju budete chápať iba ako technológiu), s každým novým poznatkom, o ktorom sa dopočujete, budete mať nutkanie GT opustiť a začať robiť to nové, úžasné.

GT má veľký potenciál pre integráciu, dokonca k nej podnecuje. Vyplýva to práve z nášho svetonázoru, v ktorom nie je žiadna dopredu určujúca dogma. Nie je v ňom nič, čo by dopredu stanovovalo, ako má vyzeráť zdravý sebaregulujúci organizmus vo svojom prostredí. Fenomenologicko – dialogický charakter nášho svetonázoru nás vedie k niečomu inému. Vyzýva nás, aby sme študovali spôsoby, akými organizujeme a vytvárame významy v poli a aby sme si pri tom uvedomovali, že to, čo vidíme, je relativistické, že je to funkciou našej individuálnej optiky, ktorá nám zostane, aj keď sa ju budeme snažiť minimalizovať. Jednoducho nemôžeme mať nejaký dopredu stanovený cieľ, výsledok či normu.

Ak budete vychádzať z tejto pozície, uvidíte, že je možné použiť a integrovať množstvo spôsobov ako dialogicky pracovať s fenomenológiou ľudí v určitom poli (Resnick, 1995). GT v priebehu svojej histórie opakovane dokázala, že je schopná integrovať rozširujúce poznanie z rôznych strán, z moderných psychoanalytických smerov (napr. teória attachmentu alebo teória objektových vzťahov), z kognitívno-behaviorálnych prístupov, z biológie, sociológie, antropológie atď. Eklekticismus však obvykle prehliada „svetonázorové“ rozdiely, preto v žiadnom prípade nemôže byť integráciou.

6. ČO ĎALEJ?

Vraciam sa k svojej úvodnej otázke. Myslím, že to bude záležať od samotných ge-

stalt terapeutov, od ich prístupu k vlastnej príprave na terapeutickú prácu. Podľa môjho názoru, gestalt terapeut potrebuje v prvom rade dobrú akademickú a profesionálnu erudovanosť, tak teoretickú ako aj klinickú. Určite je možné povedať, že to neznamená iba orientáciu v teórii vlastného terapeutického smeru – potrebuje znalosti aj zo všeobecnej a vývinovej psychológie, z teórie osobnosti, z biológie, neurovied, psychopatológie, teda to vzdelanie, ktoré je súčasťou štúdia psychológie, medicíny a ďalších príbuzných odborov.

Osobitne chcem zdôrazniť dôležitosť praktickej skúsenosti s klinickou klientelou. Nie je až takou zriedkavosťou, že terapeut bez dostatočnej skúsenosti buď u svojho klienta prehliada aj takú závažnú psychopatológiu, ktorá by vyžadovala psychiatrickú intervenciu, alebo naopak – „diagnostikuje“ ju aj tam, kde nie je a svojho klienta „psychiatrizaruje.“

Ale znovu treba ako absolútnu podmienku pripomenúť potrebu neustáleho hlbokého štúdia vlastnej teórie. Ako som hovoril, výcvik môže ponúknuť iba základ a u niektorých gestalt terapeutov mám dojem, že sa po skončení výcviku nevracajú ani k týmto základom. Niekedy mi príde až komické, keď na rôznych vzdelávacích akciách a workshopoch vidím, ako si so zápalom znovu a znovu zapisujú aj veci, ktoré museli počuť už desiatky krát predtým.

Ďalším predpokladom podľa mňa je, aby budúci terapeut sám prešiel osobnou individuálnou terapiou. Vo výcviku sa odkrývajú dôležité osobné otázky, ale nie je tam dostatočný priestor pre ich prepracovanie. V našom prístupe má absolútnu dôležitosť vzťah a dialóg a ak používame seba ako pracovný nástroj, potrebujeme

mať seba pevne v rukách, potrebujeme dostatočnú seba podporu. Terapeut musí dobre poznať svoje vlastné prizmy, vlastnú optiku a možné slepé miesta v nej, aby svoju fenomenológiu neprenášal nekontrolovane do stretnutia s klientom.

S týmto predpokladom súvisí aj potreba dlhodobej supervízie. Výcvik samotný nemôže slúžiť ako model toho, čo sa deje v skutočnej terapii. Výcviková skúsenosť nie je skutočnou terapiou, aj keď má terapeutické prvky. Psychoterapia neprebíha iba v jednotlivých kúskoch práce, ako sa to deje v podmienkach výcviku, ale prebieha aj v čase, dlhodobo. To predpokladá zručnosť v zakladaní nosného terapeutického spojenectva a vzťahu, schopnosť porozumieť procesu klienta, tj. vytvoriť jeho „procesnú diagnózu“, schopnosť dialogicky stimulovať rozvoj klientovho uvedomovania od простého uvedomovania k vedomému uvedomovaniu a ďalší vývoj k seba podpore a autentickej slobodnej voľbe v živote mimo pracovne terapeuta. Od terapeuta sa očakáva, že túto výzvu zvládne, že bude vedieť reagovať na proces meniaci sa v čase a k tomu mu najlepšie môže poslužiť vedenie a podpora v pravidelnej supervízii.

K týmto predpokladom pridám ešte moje osobné presvedčenie, že sa nikto nemôže stať skutočným gestalt terapeutom, pokiaľ gestalt nebude žiť v celom svojom živote. To neznamená, že by mal stále „fenomenologicky pozorovať a explorať procesy“. Kto by chcel žiť v nepretržitom zátvorkovaní, deskribovaní či inklúzii? Pre každodenný život potrebujeme aj zavedené vzorce, aby sme každú situáciu nemuseli riešiť ako úplne novú.

Žiť gestalt znamená identifikovať sa plne s gestaltistickým svetonázorom. Jednodu-

cho nemôžeme našich klientov učiť ničomu, čo sami nežijeme vo svojich osobných životoch. Každé poznanie, vrátane gestaltistického, bude mať význam iba vtedy, ak bude živé a žité. Živé znamená, že sa nezafixuje do nejakej skostnatenej dogmy, ale zostane stále otvorené a bude sa rozvíjať a rásť. A žité zasa znamená to, že bude niečím, čo mi dáva zmysel v celom živote, nielen v tom, ktorý vediem osem hodín denne vo svojej praxi.

Je smutné, ak sa niektorí „gestalt terapeuti“ ani po rokoch nijako nemenia a to nielen vo svojom profesionálnom, ale ani osobnom živote. Aj tu opakujú stále rovnaké vzorce bez akejkoľvek sebareflexie a posunu, podobne ako špatný veriaci, ktorý každú nedeľu vchádza do kostola, aby z neho odišiel rovnaký, aký doň vstúpil. Proklamácia či okúzlenie nejakým svetonázorom jednoducho nestačí, musí nám „prejsť do krvi“, musí sa stať našou živou a žitou prirodzenosťou.

Pokiaľ som niekoho svojimi úvahami

podráždil, je mi to ľúto, nebolo to mojím cieľom. Pokiaľ som niekoho prekvapil a podnietil k uvažovaniu, som rád, pretože presne o to mi išlo.

LITERATÚRA

- Dreitzel, H. P. (2013). *Gestalt and Process, The Clinical Diagnosis in Gestalt Therapy*. Bergisch Gladbach:EHP Verlag Andreas Kohlhaage.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Perls, F. S., Hefferline, R., Goodman, P. (2004). *Gestalt terapie – Vzrušení a růst lidské osobnosti*. Praha: Triton.
- Resnick, R. (1984). Gestalt Therapy East and West: Bi-Coastal Dialogue, Debate or De-bacle? *The Gestalt Journal*, Vol. VII. No. 1.
- Resnick, R. (1995). Gestalt Therapy: Principles, Prisms and Perspectives. *British Gestalt Journal*, Vol. 4, No. 1.
- Resnick, R. (1997). The „Recursive Loop“ of Shame: An Alternate Gestalt Therapy Viewpoint. *Gestalt Review*, Vol. 1, No. 3.
- Resnick, R. (2013). Osobné zdelenie.
- Yontef, G. (2009). *Uvědomění, proces a dialog*. Praha: Triton.

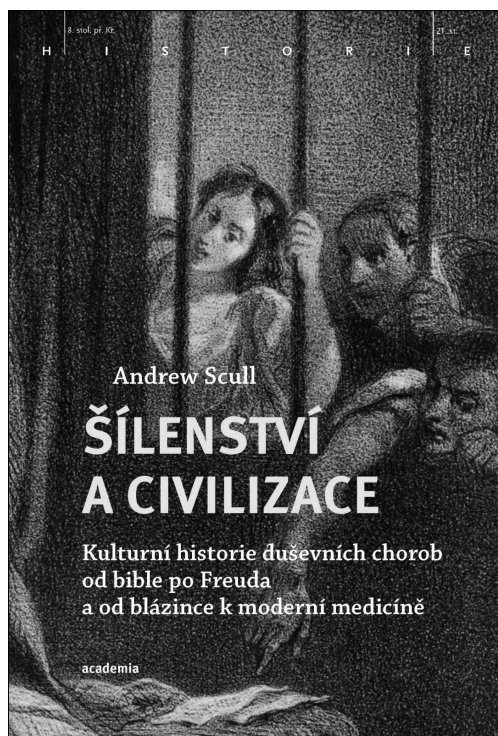
PROBLEMATICKÁ PROCHÁZKA PO DĚJINÁCH ŠÍLENSTVÍ

Andrew Scull (2019), Šílenství a civilizace. Kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od bláznince k moderní medicíně. Praha, Academia.

Pavel Kalina

S knihou Šílenství a civilizace od Andrew Sculla přichází do českého jazykového prostředí u nás ne zcela obvyklý typ publikace, vnímající zdánlivě čistě odbornou disciplínu v širších kulturních souvislostech. Takový přístup je nesporně osvěžující a často nutí k zamyšlení. Autorem knihy je sociolog britského původu působící na University of California San Diego, přičemž dějiny psychiatrie jsou tématem, které ve svých publikacích rozpracovává od 70. let. Kniha, která v loňském roce vyšla v českém překladu, je pravděpodobně jeho nejambicióznějším dílem. Kniha zachycuje historické období od 8. st. př. n. l. do současnosti, a prolínají se v ní dvě linie: dějiny kulturních obrazů „šílenství“ a dějiny psychiatrie jako oboru medicíny. Proplout mezi úskalími, která s sebou tato šíře tématu nese, není jednoduchý úkol, a čtenář při četbě opakovaně váhá nad tím, nakolik se to autorovi knihy podařilo. O tom však později.

Původní název knihy zní „Madness in civilization“, což lépe odráží jedno ze Scullovy základních východisek: „šílenství“ paradoxně existuje nejen v protikladu k civilizaci nebo pouze na jejím okraji. Naopak, je středem zájmu umělců, teologů, lékařů a přírodovědců, ale zároveň se týká téměř všech lidí – ať už přímo, protože máme vlastní zkušenost s rozumovými a emočními poruchami, nebo nepřímo, protože jimi



trpí členové naší rodiny a přátelé. Šílenství je neodmyslitelnou součástí civilizace, nelze ho z ní vydělit“ (s.13). Výraz „šílenství“ pak Scull preferuje kvůli tomu, aby do chápání historických událostí a jevů nevnašel moderní koncepty.

Zejména Scullovo využití výtvarných obrazů šílenství a také obrazu šílenství v literatuře k osvětlení jak evropská předmoderní či raně moderní společnost „šílenství“ vní-

mala je nepochybně přínosné. V knize se nicméně opakovaně vyskytují tvrzení, která jsou přinejmenším sporná a v některých případech bohužel jednoznačně chybná, což v očích čtenářů může oslabit její celkové vyznění. Pokud jde o sporná tvrzení, problém často není v samotném faktu jejich diskutability jako spíš v tom, že Scull tato tvrzení opakovaně neopírá o odkazy na literaturu, neřkuli prameny, takže nám bere možnost jeho pohled verifikovat. Uvedme několik případů.

Je těžké ubránit se dojmu, že Scullovo líčení vztahu západoevropské a islámské civilizace středověku je poplatné současnému diskursu, zdůrazňujícímu závislost středověké Evropy na arabských překladech antických autorit. Dobrá, autoři jako Ibn Sína (Avicenna) měli na Evropu skutečně trvalý a sotva docenitelný vliv. Scull se ale ocitá na tenkém ledě v příliš rozsáhlých zobecněních, jako když tvrdí, že „hluboko v šestnáctém století byla učená medicína v Evropě ještě do značné míry nástavbou medicíny pěstované a rozvíjené v arabském světě“ (s. 84). To je tedy přinejmenším slovo do prance. Především je třeba si uvědomit, že už samo přeložení arabsky psaných textů bylo kulturním transferem, ne mechanickou prací. Dále je možné se ptát, zda autor opravdu důkladně prostudoval dějiny medicíny pěstované v Montpellier či Salernu, aby mohl vynášet takto striktní soudy. Také se lze ptát, zda tradice chemické medicíny, za jejíhož zakladatele bývá označován Paracelsus, ale jejíž kořeny zřejmě sahají do středověku, a kterou opravdu nelze pokládat za nástavbu arabské medicíny – zda tato tradice sama o sobě Scullova slova ne-li nevyvrací, tedy přinejmenším neproblematizuje.

Dejme tomu že interpretace středověké medicíny je dnes spíše historickou záležitostí. Scull ale podobně velkoryse přistupuje i k podstatně bližším událostem. Pozornost, kterou věnuje architektuře ústavů pro choromyslné, je nepochybně záslužná. Téma, bohužel, zůstává v dalších kapitolách nedořečeno, a naopak se můžeme jen zamýšlet, zda je vhodné renomovaný *Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskrankheiten Am Steinhof*, jak zní původní název ústavu, označit prostě jako blázinec. Zda by naopak nebylo na místě alespoň stručně popsat jeho urbanistickou strukturu, a zmínit hluboce humanistickou architekturu jeho kostela, navrženou Otto Wagnerem, jenž bral mimořádný ohled na specifickou funkci této svatyně. Nebyl celý projekt připomínající relativně autonomní, v zahradě volně rozložené město spíš vizí paralelní polis, než „blázinec“ – ostatně stejně jako obdobně řešené pavilonové soustavy Ústavu choromyslných císaře Františka Josefa I. v Kroměříži, Královského českého zemského ústavu pro choromyslné v Bohnicích či dalších obdobných ústavů?

Dojem nahodilosti a jisté roztržitésti bohužel přetrvává i v těch pasážích, které pro většinu čtenářů budou patrně nejvýznamnější – tedy tam kde se autor věnuje moderní psychiatrii. Kniha se poměrně rozsáhle zabývá léčbou traumatizovaných vojáků za první světové války. To je na místě, šlo nesporně o jeden ze zlomových momentů v dějinách oboru. Je pochopitelné, že se Scull staví silně kriticky k bezohledné elektrošokové léčbě postižených vojáků, provozované některými německými a rakouskými lékaři. Scull v této souvislosti jako jistou protiváhu sice zmiňuje Nonneho

léčbu hypnózou, ale neinformuje čtenáře o terapeutických snahách Karla Abrahama a Sándora Ferencziho ani o konání 5. mezinárodního psychoanalytického kongresu v Budapešti v září 1918. Nezmíní ani, že účelem terapie nemuselo být vracet vojáky na frontu, ale do práce, což souviselo s otázkou případných penzí. Bylo by také zajímavé srovnat, jak se na „nervový šok“ dívali lékaři, kteří rozhodně nestáli na straně německého či rakousko-uherského eráru: Například z paměti Václava Fleischmana, jenž se stal na italské frontě legionářem, by se dalo usoudit, že jej vnímal spíš jako simulování důstojníků. V podstatě dehonestující je pak Scullův popis Freudovy účasti v poválečném procesu s Juliem Wagner-Jaureggem, pozdějším držitelem Nobelovy ceny, pod jehož vedením byly rovněž uplatňovány brutální elektrošoky, kdy Freudovo dobrozdání přispělo k osvobozujícímu rozsudku. Odbýt sofistickovaný a pro obor klíčový obsah tohoto dobrozdání, které by si zasloužilo samostatný rozbor, slovy „profesionálové se podpořili“ rozhodně nezvyšuje vědeckou úroveň Scullova textu (s. 309). Stejně tak je sotva relevantní informace, že se Wagner-Jauregg později přiklonil k nacionálnímu socialismu. Bylo by to jistě důležité, kdyby jeho metody našly pokračování v praxi lékařů wehrmachtu. Ale k tomu nedošlo, resp. ne hned na začátku války: Až do roku 1943 bylo zapotřebí pacientova souhlasu k aplikaci elektrošoků. Brutální léčebné postupy nemusely nutně souviset s politickou orientací toho, kdo je prosazoval, jak se Scull zřejmě snaží naznačit.

Právě tak může být lehce matoucí způsob, jakým je zarámován Scullův popis geneze a rozvoje praktikování lobotomie. Není

jasné, proč Scull informuje čtenáře o tom, že Portugalsko bylo v polovině třicátých let „zbídačenou zemí, kde vládl pravicový diktátor“ – pokud tedy nemá být naznačen obskurní původ této (jakkoli může být zavádějící) posuzovat dějiny medicíny dnešními očima) mírně řečeno problematické metody. Její původce, zakladatel moderní angiografie (a rovněž pozdější nositel Nobelovy ceny) Egas Moniz měl ale za sebou významnou politickou kariéru ještě za portugalské první republiky, a jako ministr za Partido centrista dokonce zastupoval Portugalsko na mírové konferenci ve Versailles. Skutečně děsivé možná nebyly ani tak jeho iniciační pokusy jako spíš dnes neuvěřitelné rozšíření těchto praktik ve Spojených státech a dalších zemích, kde pravicový diktátor rozhodně nevládl.

Scullova kniha se celkově vyznačuje soustředěním na západní Evropu a Spojené státy. Najdeme v ní velice zajímavé rozborů obrazu duševní nemoci v anglojazyčné literatuře a filmu, ale Čechovův *Pokoj číslo 6* z ní vypadává právě tak jako psychiatrie sovětské éry, dodnes neprozkoumané otázky zneužívání psychiatrie v ostatních zemích východního bloku či kritika kolonialistické psychiatrie z pera Frantze Fanona. Pokud ale budeme knihu číst tak, jak byla myšlena, tedy jako zprávu o situaci v euroamerickém kulturním okruhu, pak nutno konstatovat, že jde o nepominutelný příspěvek k jeho poznání.

Jistě nejzávažnější otázky kladou poslední stránky Scullovy knihy, kde autor kritizuje praxi současné farmakoterapie, navázané na uznávané, byť obecně kritizované klasifikace ICD a DSM. I zde však v textu najdeme určité rozpory. Scull nejprve ironicky naznačuje, že farmaceutický

průmysl využívá neléčitelnosti duševních obtíží, aby o několik odstavců dál mluvil o nevléčitelných, celoživotních chorobách jako je diabetes. Logicky bychom se tedy mohli ptát, zda je i cukrovka jen produktem farmaceutické lobby. Otevřenou zůstává otázka, zda má plošné rozšíření farmakoterapie vůbec nějakou alternativu. Ze Scullovy popisů by se dalo odvodit, že by chemickou léčbu měla ideálně nahradit

psychoterapie. Při některých diagnózách to ale nemusí platit. Navíc je trochu optimistické myslet si, že psychoterapie nemůže nikoho poškodit. Scullovu knihu tedy lze vnímat jako racionální varování před potenciálním nebezpečím invazivních metod, jehož účinnost bohužel oslabuje místy málo podložená argumentace.

Autor je historikem umění a architektury.

Pokyny pro přispěvatele časopisu Psychoterapie (Praxe – Inspirace – Konfrontace)

Délka příspěvků:

Pro rubriky **Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii** přijímáme texty do maximálního rozsahu 18 normostran (32 400 znaků včetně mezer), u výzkumných studií 23 normostran. Maximální rozsah zahrnuje také abstrakt v češtině a angličtině a seznam použité literatury. Pro rubriku **K diskusi** přijímáme texty do maximálního rozsahu 8 normostran (14 400 znaků včetně mezer). **Recenze knih** přijímáme v maximálním rozsahu 5 normostran (9 000 znaků včetně mezer).

Výzkumné studie a abstrakty strukturujte do oddílů: Problém, Metoda, Výsledky, Závěr.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem v rozsahu maximálně 1 000 znaků v češtině a v angličtině
4. Popisem rolí autorů (viz níže „Role autorů“)
5. Seznamem literatury (viz níže „Pokyny pro citování“)
6. Připojte velmi stručný medailon autora v rozsahu maximálně 500 znaků

Ke jménům všech autorů uveďte vždy anglický i český název pracoviště ve formátu *Název instituce* (v případě akademického pracoviště *Název katedry, Název univerzity* NEBO v případě neakademického pracoviště *Název instituce*), *Město, Stát* a e-mailový kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní. Recenzovány jsou všechny příspěvky kromě krátkých zpráv. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodu nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu MS Word

zaslané jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz.

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úhozech a velikosti písma 12). **Nutné:** Klávesou „enter“ odděluje pouze odstavce. Stránky číslyte. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění.

Role autorů:

Před seznamem literatury na konci článku popište **Role autorů** při psaní textu (jak se autoři podíleli na vzniku článku) a **Konflikt zájmů** (např. finanční podpora vzniku článku). Pokud žádný konflikt zájmu není, napište „Bez konfliktu zájmů“. Dobrovolně můžete uvést **Poznámky** (např. poděkování).

Příklad popisu Role autorů:

Výzkumná studie: První autor a druhý autor provedli sběr dat a jejich analýzu a podíleli se na sepsání kapitol Metoda, Výsledky a Diskuse, třetí autor provedl rešerši literatury a podílel se na sepsání kapitol Úvod a Diskuse. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Teoretická studie nebo studie z praxe: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol 1 (Úvod), 2 (Teoretická konceptualizace) a 5 (Závěrečné shrnutí). Třetí autor je autorem komentářů z praxe (kapitoly 3 a 4). Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Pokyny pro citování:

Prosíme o dodržení následujícího vzoru při citování literatury v textu a sestavování seznamu literatury. Seznam literatury musí být uspořádán abecedně podle příjmení autorů a musí obsahovat všechny zdroje použité v textu. V textu musí být odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory.

Má-li práce tři a více autorů, uveďte pouze prvního autora a zkratku „et al.“ nebo „a kol.“ (zvolte vždy jen jednu zkratku a používejte ji v celém textu).

Všechny odkazy použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu Literatura.

V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

V případě knih využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok vydání). *Název knihy, podtitul knihy*. Místo vydání: Nakladatel.

V případě časopisů vždy využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok publikace). *Název článku. Název časopisu*, Ročník(Číslo), Strany v časopisu.

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a data přístupu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... **NEBO** ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměření psychoterapeuti (Yalom, 2006) **NEBO** (srov. Yalom, 2006) **NEBO** (viz Yalom, 2006)

Citace práce více autorů:

dva autoři: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají...

tři a více autorů: Vodáčková a kol. (2002) poukazuje na... **NEBO** Lambert et al. (2001) uvádějí, že...
Zvolte vždy pouze jednu zkratku v celém článku.

Odkazy na několik zdrojů (jména autorů se uvádí v abecedním pořadí):

Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace textu (uvedte stranu, kde se pasáž v původní práci nachází):

Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165) **NEBO** (Mackewn, 2004:165). *Zvolte jednotně jeden typ uvedení strany v celém článku.*

Příklady záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Knihy (uvádějte i podtitul):

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Článek v časopise:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.

Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Dva letopočty (tj., Rosenzweig, 1936/2002) uvádějte, jen pokud je důležité zdůraznit rok první publikace textu.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

Etické aspekty

Pokud článek popisuje pokusy na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Odesláním rukopisu do časopisu Psychoterapie stvrzujete, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopise Psychoterapie.

Pacienti/klienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. (podle: International Committee of Medical Journal Editors [“Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”] – February 2006).

