

# PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

## PSYCHOTERAPIE – 11. ročník, 2017, 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:

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

**Doc. Mgr. Júlia Halamová, Ph.D.** – soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava

**Jakub Hučín** – soukromá psychotherapeutická praxe, Praha

**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. Julián Kuric** – soukromá psychologická a psychotherapeutická praxe, Brno

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

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

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

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

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

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

### Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

**PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.** – Evangelická teologická fakulta UK, 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 Gjuríčová** – Institut rodinné terapie, Praha

**PhDr. Martin Hajný, Ph.D.** – psychotherapeutická praxe, Praha

**Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D.** – Psychiatrická klinika FN, Trenčín (SK)

**Prof. PhDr. Anton Heretik, Ph.D.** – Katedra psychologie FF UK, Bratislava (SK)

**MUDr. David Holub, Ph.D.** – psychotherapeutická 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

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

**PhDr. Martin Mahler** – psychoanalytik, Praha

**Prof. Pavel Machotka, Ph.D.** – University of Santa Cruz, California (USA)

**MUDr. Petr Možný** – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

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

**Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.** – 1. lékařská fakulta UK, Praha

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

**Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.** – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

**Doc. RNDr. Dan Pokorný**, University of Ulm, [University Hospital for] Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Am (D)

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

**MUDr. Gabriela Šivicová** – Krizové centrum RIAPS, Praha

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

**Prof. PhDr. Jan Vymětal** – 1. lékařská fakulta UK, Praha

### Výkonná redakce / Editors:

**PhDr. Roman Hytych, Ph.D.** (šéfredaktor); kontakty [romhyt@gmail.com](mailto:romhyt@gmail.com), tel. 0420 549 497 970

**Bc. Lenka Bloudíčková, Mgr. Barbora Petránková, Mgr. Michal Čeveliček**

### 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](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz).

Uzávěrka čísla 2/2017 byla 31. 5. 2017, recenzní řízení bylo uzavřeno 12. 4. 2017. Vychází v červnu 2017.

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

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3983 / 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 EBSCO, Erih Plus

## **OBSAH / CONTENT**

### **EDITORIAL**

Jakub Hučín - - - **81**

### **TÉMA / THEME**

Jiří Jakubů, Martin Mahler: Člověk, trauma a psychoanalýza (Man, trauma and Psychoanalysis) - - - **83**

Ivana Vidaković, Jan Roubal, Willi Butollo: Vodítka pro práci s traumatem: Inspirace z gestalt terapie (Guides for working with trauma: An inspiration from gestalt therapy) - - - **98**

Hana Vojtová: EMDR v psychoterapii traumy. Stretnutie neurovied a psychoterapie. (EMDR in psycho-traumatotherapy. Where neuroscience and psychotherapy meet) - - - **109**

Yvonna Lucká, Barbora Janečková: Trauma z pohledu biosyntézy: Od fragmentace k integraci (Trauma from the biosynthetic standpoint: from fragmentation to intergration) - - - **120**

Jana Schmidtová, Petr Štěpánek, Ivo Čermák: Navození bezpečí jako klíčový moment v terapii polytraumatizovaných dětí a adolescentů („Safety building“ as a key moment in therapy of polytraumatized children and adolescents) - - - **132**

### **ROZHOVOR / INTERVIEW**

Jakub Hučín: Interview s Karin Schouten – Arteterapie: Umění léčby traumatu - - - **148**

### **DISKUSE / DISCUSSION**

Věra Roubalová-Kostlánová, Václav Mikota: Trauma ve skupinách: Zkušenosti z týdenních pobytů psychoterapeutických skupin aktivistů z celého území ruské federace (Trauma in Groups: Experience of week-long stays with psychotherapeutic groups composed of the human rights activists working in the whole Russian Federation) - - - **154**

### **RECENZE / REVIEWS**

Mark Epstein (2016). Trauma každodenního života: Cesta k dosažení vnitřního klidu. (Jan Benda) - - - **160**

Schützberger, A. A. (2014). The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the hidden links in the family tree. (Aneta Cvrčková) - - - **162**

S. M. Pollak, T. Pedulla, R. D. Siegel (2014). Sitting Together – Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy. (Eva Brabcová) - - - **165**

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.



## I EDITORIAL

Milí čtenáři,

v letošním tematickém čísle jsme se rozhodli oslovit samotné jádro a podstatu psychotherapeutických témat. S traumatem v jeho různých podobách se setkáváme u mnoha klientů v psychotherapeutických ordinacích, ať už jde o aktuální situaci v jejich životě, nebo se jedná o část jejich životní historie. Vždy ale proniká a zásadně ovlivňuje jejich prožívání, vnímání vztahů i světa, zásadně mění pohled na jejich dosavadní existenci a životní zkušenosti. Traumatem, jeho působením na lidskou psychiku i praktickou psychotherapeutickou práci s traumatizovaným pacientem či klientem je možné se zabývat skutečně zešířoka a tak jsme se o to pokusili i v tomto čísle.

Pohled na trauma a na práci s ním se během posledních desetiletí změnil. Přispěl k tomu mimo jiné i rozvoj neurověd, které mapují reakci našich biologických obranných mechanismů na traumatizující zkušenost. Stejně tak se posunul i pohled na to, co je z hlediska psychotherapie v péči o traumatizovaného klienta podstatné. Na rozdíl od minulosti už nepovažujeme konfrontaci s traumatickou vzpomínkou za ústřední a nejdůležitější prvek v traumaterapii. Někdy může předčasná konfrontace naopak vést dokonce k retraumatizaci. Daleko větší důraz dnes v psychotherapii traumatu a posttraumatické stresové poruchy klademe na rozvoj a aktivaci zdrojů a sebeuzdravujících mechanismů u samotných klientů (viz. např. práce německé traumaterapeutky Luise Reddemann). A právě pohledu na vývoj v pojetí traumatu a jeho léčby v psycho-

terapii z hlediska psychoanalýzy se věnuje také ústřední článek od Jiřího Jakubů a Martina Mahlera. Následující články nás pak zavedou do dalších oblastí, ve kterých se s traumatem můžeme potkat.

I pro praktikujícího psychotherapeuta je důležité znát pozadí neurobiologických procesů, ke kterým při traumatizaci dochází, jak ve svém článku představuje Hana Vojtová. Článek nám mimo jiné nabízí i exkurs do metody EMDR, která působení na neurobiologické pochody reflektuje a zpětně využívá. Tělesného prožívání, i když ne tolik z anatomického pohledu, jako spíš z hlediska propojení s vlastním tělem, s jeho energií, integritou, resp. roztržitostí při traumatickém prožitku, si všímá článek Yvonney Lucké a Barbory Janečkové, našich předních představitelk biosyntézy.

Klíčovým faktorem pro integraci a vyrovnání se s otřesem traumatu je vytvoření stabilizujícího a bezpečného prostředí pro traumatizovaného klienta. Jak při svých kurzech uvádí Jana Božuková, existenciální analytička a spolupracovnice Alfrieda Längleho, v traumaterapii platí osvědčené pravidlo stabilizovat klienta, stabilizovat klienta, stabilizovat klienta a teprve když jsou tyto předpoklady dostatečně naplněny (a může to trvat i roky), je možné se úspěšně dostat i ke konfrontaci s traumatickou vzpomínkou, aby konfrontace vedla k integraci a ne retraumatizaci. O bezpečném prostředí pro práci s traumatizovanou dětskou klientelou proto pojednává článek kolektivu autorů Jany Schmidtové, Petra Štěpánka a Ivo Čermáka.

Další psychoterapeutické přístupy reprezentuje článek z pozice Gestalt terapie od mezinárodního kolektivu autorů Ivany Vidaković, Willi Butolla a Jana Roubala. A pro oživení nabízíme i rozhovor s významnou holandskou arteterapeutkou Karin Schouten.

Naše články jsme se rozhodli oživit i jiným způsobem – abyste měli možnost se s autory článků skutečně „potkat“, najdete jak v tomto čísle Psychoterapie, tak i v čís-

lech budoucích, u jednotlivých článků i fotografie autorů.

Vzhledem k tomu, že letošní tematické číslo je skutečně velmi obsažné, omezil jsem se v tomto úvodu skutečně na minimum, lepší bude ponechat prostor přímo autorům. Proto přejeme vám, našim čtenářům, plodné čtení. S nadějí, že si z tohoto čísla odnesete pro svoji práci další inspiraci.

23. 5. 2017, Dobříš, Jakub Hučín

# PSYCHOTERAPIE

Recenzovaný časopis pro psychoterapeuty, studenty, výzkumníky i další zájemce o psychoterapii. Posláním časopisu je rozvíjení psychoterapie jako odborné a vědecky podložené činnosti a profese. Časopis vytváří prostor pro sdílení poznatků z praxe, teorie a výzkumu psychoterapie, byl založen 1990 pod názvem Konfrontace a od 2007 vychází pod názvem Psychoterapie na katedře psychologie FSS MU v Brně.

[www.psychoterapie.fss.muni.cz](http://www.psychoterapie.fss.muni.cz)

## ČLOVĚK, TRAUMA A PSYCHOANALÝZA

### Man, trauma and Psychoanalysis

Jiří Jakubů<sup>a</sup>, Martin Mahler<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *soukromá praxe, Praha, CZ; E-mail: jiri.jakubu@cetera.cz*

<sup>b</sup> *soukromá praxe, Praha, CZ; E-mail: martin.mahler@seznam.cz*

*Psychoterapie. 11 (2), 83–97; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Autoři poukazují na to, že koncept a léčba psychického traumatu jsou přímo spojeny se vznikem psychoterapie a psychoanalýzy. Představují historická i současná pojetí psychického traumatu v psychoanalytické perspektivě spolu s kazuistickou ukázkou.

*Klíčová slova:* psychické trauma, hysterie, duševní nemoc, psychoterapie, psychoanalýza

#### ABSTRACT:

The authors explain that the concept and treatment of psychic trauma are directly connected with the creation of psychotherapy and Psychoanalysis. They also introduce historical and contemporary attitudes to psychic trauma within the psychoanalytical perspective including clinical vignette.

*Key words:* psychic trauma, hysteria, mental illness, psychotherapy, Psychoanalysis

**Lékař:** *Není tak nemocná. Spíš trápí ji těživé představy. Macbeth:* *Vylečte ji. Což neumíte léčit chorobou mysl, vzpomínku na žal vyrvat z kořene, vymazat z mozku zápis starostí, nějakým mírným, konejšivým lékem očistit srdce od té zákeřné látky, co jí tak tíží hrud? Lékař:* *Tak v tom si každý pacient musí pomoci sám. Macbeth:* *Hod'psovi ty své léky. K čemu jsou?...* SHAKESPEARE: MACBETH

#### I. KULTURNĚ-HISTORICKÝ ÚVOD

Když Donald W. Winnicott (1960) hovoří o tom, že neexistuje nic takového jako dítě samo o sobě, bez matky, pak v jisté analogii můžeme uvažovat o specifickém historickém spojení mezi psychickým traumatem a psychoanalýzou (resp. psychoterapií). Psychoanalýza a psychoterapie v moderním slova smyslu, tak jak je známe, začaly vznikat koncem 19. století a lze je, domníváme se, symbolicky nejlépe reprezentovat osobou Sigmunda Freuda. Před 124 lety Sigmund Freud s Josefem Breuerem publikovali své první ucelenější úvahy věnované traumatu, resp. etiologii a léčbě duševní nemoci – hysterie. Pochopitelně, časy i úroveň poznání se mění. Vznikly nové, mnohdy si protirečící terapeutické školy a směry, některé poznatky jsou překonané, prohloubené či zcela nové, k jiným se naopak vracíme tak, jako se v umění či filosofii vracíme k dílům starých mistrů, abychom je znovuobjevovali a nechali se jimi inspirovat. Vždyť poznámky o traumatu nacházíme již v nejstarších literárních památkách a Sofoklova tragédie Král Oidipús sehrála důležitou konceptuálně-metaforickou úlohu i v dějinách psychoterapie.

Co se tak zásadního na přelomu 19. a 20. století stalo? Aby byl čtenář schopen docenit význam onoho objevu a změny, je potřeba krátce připomenout historické

pozadí problematiky duševní nemoci.<sup>1</sup> To, co dnes klasifikujeme jako duševní nemoci, resp. poruchy, nemělo v historii jednotný výklad. Postoj k tomuto fenoménu se proměňoval ať již v kontinuu, nebo v ostré ambivalenci: od vyvolení po zavržení, od znamení po poznamenání, od děsu a vytěšňování po obdivné uctívání. Jestliže ještě ve středověku je šílenství součástí světa a nese v sobě odkaz k transcendentnu (Foucault 1993, s. 50), pak v 16. a 17. století vznikají veliké internační zařízení – korekční instituce, do nichž je šílenství (které je čím dál více dle Foucaulta znamením dábelké zvířecosti – *insanium lupinam*) uklizeno a jeho hlas je tak umlčen: descartovský svět je poznamenán nepřeklenutelnou opozicí mezi rozumem a ne-rozumem. Toto umlčení je pro Foucaulta reprezentováno zřízením Všeobecného špitálu v Paříži r. 1656, který není zařízením léčebným, ale polosoudně administrativní detencí. Koncem 18. století, s nástupem osvícenství, přichází legendární hrdinové jako P. Pinel a S. Tuke, kteří rozbíjí okovy šílenství:<sup>2</sup> tím však ruší i jeho dosavadní nejednoznačné výklady ve prospěch nového osvícenského přístupu: morální péče o choromyslné.<sup>3</sup> Až v druhé polovině 19. století Jean-Martin Charcot začíná se systematickým zkoumáním zvláštní nemoci s ještě zvláštnějšími příčinami: hysterie. Ačkoli Charcot při demytologizaci hysterie vytváří kolem ní jistou novou mytologii, ačkoli ji pojímá spíše vizuálně a teatrálně (Fulka 2008, s. 20), otevírá novou etapu jejího pojetí a léčby. Prokáže, že nejde o cosi pomyslného, o simulaci, neboť to, „co



Jiří  
Jakubů

**PhDr., Ph.D., klinický psycholog, výcvikový terapeut a supervizor, psychoanalytik v soukromé praxi v Praze, VŠ pedagog. E-mail: jiri.jakubu@cetera.cz**

*simuluje, je sama hysterie, nikoli hysterický jedinec“ (tamtéž, s. 21). V klinickém projevu hysterie je vizuálně zobrazeno a motoricky vtěleno cosi z hysterikova traumatického zážitku, co může dočasně pominout vlivem hypnotické sugesce. Charcot sice poukázal na to, že hysterie má spíše původ psychický než fyziologický, o vnitřní život svých patientek se ale nezajímal (Ringelová a Brandell 2012).<sup>4</sup> Charcotův žák Pierre Janet dále studoval spojitost mezi afektivní odpovědí a traumatickou událostí a zjistil, že prostřednictvím hypnózy, abreakce či vystavení se traumatic-*

<sup>2</sup> Byť toto vyjádření zní pateticky, je odrazem (částečného) fyzického osvobození internovaných od mnoha krutostí: účinnými faktory dobové léčby jsou bití, okovy a strach a přibližný obrázek známe z Formanova Amadea.

<sup>3</sup> Jedním z prototypů nové péče o člověka je Rousseauův román Emil aneb O výchově: člověk je disciplinovatelná bytost, ve své přirozenosti dobrá, a proto je možné na něj výchovně působit.

<sup>1</sup> Podrobnější popis poskytují např. Foucault, Černoušek aj.





**Martin  
Mahler**

**PhDr., klinický psycholog, tréninkový a supervizní analytik v soukromé praxi v Praze, VŠ pedagog. E-mail: martin.mahler@seznam.cz**

kým vzpomínkám mohou být pacientovy symptomy zmírněny. Rovněž Freud byl žákem Charcotovým a spolu s Breurem začínali léčit hypnózou, aby od ní později odstoupil. Přes mnohé komentáře a výtky k Freudovi byl jeho přístup paradigmaticky jiný vůči přístupu převládajícímu: hledaje vědeckou pravdu byl ochoten naslouchat sdělením svých pacientů a brát je jako pravdu o jejich životě, o tom, co si myslí, cítí, prožívají. Janet sice dle Foucaulta také provádí pečlivý průzkum, inventuru i obohacení, ovšem „Freud pojal šílenství v rovině řeči... obnovil pro lékařské myšlení možnost dialogu s ne-rozumem“ (Foucault, s. 134).

Předchozí sdělení nám umožňují obecnější vystižení Freudova originálního přínosu

<sup>4</sup> To dokresluje i Fulka (s. 24): Charcotovy otázky pacientkám jsou technické a v intencích formální anamnézy, jde o ritualizovaný dialog, jehož cílem je „víceméně suplementární doprovod vizuálního klinického obrazu“.

pro zrod psychoterapie. Zprv je to nalezení smyslu v nesmyslu: to, co bylo dosud nesrozumitelné a mimo sféru „rozumu“, foucaultovsky řečeno „ne-rozum“ (ať již to je nazýváno jako duševní nemoc, šílenství, mánie, melancholie, posedlost, zvířecost či nervové onemocnění), tomu nyní lze porozumět a vysvětlit to.<sup>5</sup> S tím je spjat i objev disociace vědomí, vytěsnění, dynamického nevědomí a vnitřní reality, skrze něž bude zdůrazněn význam iracionality a individuálního subjektivního prožívání člověka. Ono vnitřní, psychické má stejně významný vliv na náš život jako faktory vnější, materiální. Freudovými slovy: „*těmto fantaziím je nutno přiznat psychickou realitu na rozdíl od reality materiální, a pomalu se učíme chápat, že ve světě neuróz je psychická realita rozhodující*“ (Freud 1997a, s. 311). Tento moment lze charakterizovat orientací na „*výchovu k pravdě vůči sobě samému*“ (Freud, 1997b, s. 365). Takové pojetí nemoci vede k zásadní proměně celé situace léčby, k druhému obratu: pacient již není jen „objektem“ léčby, ale je mu umožněno, aby k nám promlouval a vstupoval s námi do (více intersubjektivního) vztahu, a je to právě povaha tohoto vztahu, jež se stává kurativním faktorem<sup>6</sup>. Druhý obrat, který zásadně mění pojetí a účast pacienta v dosavadní léčebné praxi, je charakterizovatelný Freudovým přáním: „*ničeho si nepřejeme víc dosáhnout, než aby se nemocný rozho-*

<sup>5</sup> G. Taylor rozlišuje mezi hysterií a somatizací a poukazuje právě k její řeči: u hysterie „Symptomy jako vyjádření konfliktních vytěsněných fantazií vyprávějí příběh a řídí se zákony psychiky“ (Taylor, 2012, s. 19).

<sup>6</sup> Na zásadní význam vztahového postoje ve smyslu hermeneutiky podezření versus hermeneutiky důvěry originálně poukazuje analytička D. Orange (2011).

doval samostatně“ (1997b, s. 364). Jestliže první obrat implikoval druhý, pak druhý implikuje třetí: aby bylo možno porozumět nesrozumitelnému druhému (který si sám nerozumí) v nově ustanoveném léčebném a léčivém vztahu, ve kterém je pacient jakožto druhý chápán zcela jinak než dosud, je nezbytné přehodnotit i pozici lékaře. Jestliže dosud stačilo být „jen“ lékařem, pak nyní, když se léčivým agens stává sama osoba lékaře s jeho vlastní subjektivitou (jak Freud záhy na své a Breuerově zkušenosti vidí), je zřejmé, že je potřeba zcela nového a specifického vzdělání a průpravy, kterou analytik získá „ve vlastní analýze, kterou příprava na jeho budoucí činnost začíná“ (Freud, 1998, s. 80–81). I to je jeden z dalších, pozapomenutých, přínosů psychoanalýzy pro psychoterapii.

## II. OD VNĚJŠÍHO K VNITŘNÍMU

Psychické trauma<sup>7</sup> není jen fenoménem, pojednávaným toliko v oblasti medicíny a psychoterapie; je nedílnou součástí lidského života a jako takové je námětem pro mnohé umělce, jak ilustruje citát z *Macbetha*. V posmrtně publikovaném rukopisném konceptu, který Freud zaslal Breuerovi v listopadu 1892, sledujeme objev podílu traumatu na vzniku duševní nemoci: „Pokud je nám známo, neexistuje ještě žádná teorie hysterického záchvatu, nýbrž pouze jeho popis vycházející od Charcota... Formulujeme následující tvrzení..., že předpoklad disociace – rozštěpení obsahu vědomí – pokládáme za nezbytný pro objasnění hysterických jevů“. V hysterickém

záchvatu jde o „opětný návrat nějakého psychického stavu, který již pacient dříve jednou prožil, jinými slovy opětný návrat nějaké vzpomínky...“, a tato vzpomínka, její psychický obsah je vždy spojen s vizuálním a motorickým projevem. Tato vzpomínka ale není „vzpomínkou libovolnou, nýbrž je to opětný návrat onoho prožitku, který hysterický záchvat způsobil – psychického traumatu“, je to „vzpomínka nevědomá, správněji řečeno: patří k druhému, při každé hysterii více či méně vysoce organizovanému stavu vědomí... Když se podaří převést tuto vzpomínku v plném rozsahu do normálního vědomí, přestane vyvolávat záchvaty“. Obsahem hysterických záchvatů jsou „vesměs dojmy, s nimiž se nelze adekvátním způsobem vyrovnat, ať již proto, že se pacienti z obavy před trýznivými duševními zápasy s nimi vyrovnat nechtějí, protože to (jako u sexuálních dojmů) zakazují stud a sociální poměry, anebo konečně proto, že tyto dojmy byly získány v takových stavech, při nichž nervová soustava nebyla schopna plnit svou úlohu a vyrovnat se s nimi. Touto cestou získáváme také definici psychického traumatu použitelnou pro nauku o hysterii. **Psychickým traumatem se stává každý dojem, s nímž se vyrovnat prostřednictvím asociativní myšlenkové činnosti je pro nervovou soustavu obtížné.**“ (Freud, 1996, s. 19–22). V navazujícím rukopisném dodatku píše (tamtéž, s. 26): „Lze snadno pochopit, že naše léčba spočívá v tom, že odstraníme účinky neodreagovaných představ tím, že buď necháme trauma znovu ožít a odreagujeme a korigujeme je ve stavu somnambulismu, anebo je v lehčí hypnóze převedeme do normálního vědomí.“ Roku 1893 autoři vydávají svůj pionýrský text „O psychickém mechanismu hysterických

<sup>7</sup> Slovo „trauma“ je řeckého původu a on-line lékařský slovník říká, že jde o „Úraz, poranění. Náhlá zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození“.

jevů“, v němž k traumatu dodávají: „*Jako takové může působit každý zážitek, který vyvolává afekty leknutí, úzkosti, studu nebo duševní bolesti, a záleží pochopitelně na citlivosti dotyčného člověka...*“, často může jít o více „*traumat dílčích, skupinu podnětů, které se mohou projevit teprve ve svém součtu..., o okolnosti, které jsou samy o sobě zdánlivě lhostejné, ale jen ve spojení s vlastním účinným podnětem nebo s obdobím zvláštní dráždivosti nabyly významu traumatu...*“ (Freud, 2000a, s. 74).

Uvádíme doslovně tyto úvahy, neboť je považujeme za zásadní: jde o první psychoterapeutický výklad duševní choroby a nárys modelu mysli, tzv. modelu afekt – trauma. Zde byly položeny jasné základy psychoterapie tak, jak ji dnes známe, a tyto úvahy jsou v obecném psychoterapeutickém povědomí stále platné. Trauma, které léčené osoby prožily (povětšinou šlo o mladé vídeňské dívky), vedlo k disociaci, rozštěpení vědomí (až později začne Freud užívat termín „vytěsnění“) a nepřijatelné, traumatické obsahy jsou takto převedeny do druhého stavu vědomí, s nímž osoba nemá v bdělém stavu kontakt. Afekt spojený s traumatem zůstává uvězněn „*v psychické oblasti*“ a symbolizován v těle, vzpomínka či představa se odděluje od afektu, který se „*zavěšuje na jiné, samy o sobě ne nepřijatelné představy, které se v důsledku tohoto »chybného spojení« stávají představami nutkavými*“.<sup>8</sup> Cílem kataraktické metody je zpětně převést „*rozrušení z tělesné oblasti do oblasti psychické, aby potom vynutil vyrovnání tohoto rozporu myšlen-*

*kovou prací a odvedením rozrušení pryč prostřednictvím mluvení*“ (Freud, 2000c, s. 62).<sup>9</sup>

A tak v době, kdy lékaři předepisují pacientům s nervovými potížemi klid, vodoléčbu, masáže, cestování, cvičení, dokonce i drogy (Schwartz 2003, s. 58), avšak zůstávají bezmocní tváří v tvář jádru neurózy, Breuer s Freudem vytvářejí první teoretický nárys hysterie a její léčby. Posléze Freud opouští hypnózu s její sugescí a podřízeností pacienta a v práci, která má v názvu ještě obecný název psychoterapie (K psychoterapii hysterie), představuje novou, originální *metodu psychické analýzy*, která „*je namáhavá a stojí lékaře mnoho času, předpokládá se u něho velký zájem o psychologické procesy a přitom i osobní účastenství s nemocným...*“; u nemocného si žádá „*plného souhlasu, jeho plné pozornosti, především však jeho důvěry*“ (Freud 2000b, s. 210).<sup>10</sup> Zde „*Poprvé byl vytvořen prostor, kde bylo možné cílevědomě pátrat po významu subjektivní zkušenosti tak dlouho, dokud nebyl nalezen*“ (Schwartz, s. 59). To je naprostá revoluce: objev významu subjektivity. Jako univerzální pří-

<sup>9</sup> Význam terapie mluvením je v posledních letech potvrzován neurovědnými poznatky o implicitní a explicitní paměti, roli hipokampu, amygdaly a orbitofrontální kůry, jak shrnuje Grawe. Zjednodušeně řečeno, v psychoterapii osob s traumatem je prostřednictvím znovuprožití, verbalizace a zpracování zážitku v bezpečném kontextu dosaženo zlepšení odstraněním disociace mezi explicitní a implicitní pamětí (vztahující se k traumatické události), což je předpokladem pro tlumení úzkostné reakce v amygdale (podrobněji Grawe 2007, 159–167).

<sup>10</sup> U Freuda, na rozdíl od Charcota či Janeta nejde o rozštěpení mysli či mysl jinou, takto vzniknuvší, ale o mysl nevědomou, inherentní součást naší mysli, pro niž je charakteristická právě její vnitřní dynamika, zápas sil a protisil.

<sup>8</sup> Ilustrativně to popisuje Shakespeare ve chvílích, kdy si Macbethova žena nutkavě umývá čisté ruce, na nichž „*vidí*“ krev zavražděného.

činu hysterie zpočátku vidí Freud trauma sexuálního svedení (zneužití) v dětství (tzv. sedukční hypotéza), neboť „*Ve všech mnou analyzovaných případech to byl sexuální život...*“ (Freud, 2000c, s. 62). Ale již v letech 1887–88 začíná pochybovat o sedukční etiologii a v dopise z 21. září 1897 se svěřuje příteli Fliessovi: „*Řeknu ti o velkém tajemství, které mi v posledních měsících pomalu začíná docházet. Nemohu už věřit své »neurotice« a teorii, že neurózy jsou způsobeny sexuálním sváděním v dětství...*“ (in Sandler 2005, s. 18). Tato změna má ve Freudově teoretickém uvažování tři okruhy důvodů: zaprvé se mu nepodařilo nalézt plně uspokojivé vysvětlení všech analyzovaných případů (a obával se, že vysvětlení částečně by mohlo být pochopeno zkresleně), zadruhé nemohl věřit tomu, že ve všech případech byl rozhodným viníkem sexuální zneužívající otec, a pochybnost třetí byla dána povahou nevědomí, které nerozlišuje dle principu reality, a není tak u jednotlivých osob možné odlišit vnější realitu od vnitřní – příhodu, která se odehrála, od fantazijní představy. Jde o zlomové období pro další vývoj psychoanalýzy, které je pro mnohé stálým předmětem diskusí, výčitek a obhajob.<sup>11</sup>

Ambice a touha vytvořit komplexní teorii o původu a terapii tzv. psychoneuróz a umožnit léčbu nejen symptomatickou, ale kauzální, vedla Freuda (2000b, s. 206) k dalšímu badatelskému úsilí, spojenému s obratem do sebe, vlastní autoanalýzou, zájmem o dětské pacienty i běžnější jevy života – sny a snění, fantazie, chybné výkony. Zjišťuje, že traumatickým může být nejen sexuální zneužití, ale i samotná jeho před-

stava: i výtvoři naší mysli prožíváme jako reálné, bez ohledu na realitu materiální, vnější. Původ neurózy již univerzálně nevidí v sexuální svedení, ale sama neuróza je univerzální potencialitou lidského života v důsledku zákonitostí psychosexuálního vývoje; postuluje význam oidipovského konfliktu, prazážitku a tzv. prvotní scény. Opuštění primarity z vnějšku přicházejícího sexuálního traumatu význam traumatizace pro etiologii duševních onemocnění nikterak nesnížilo. Zkušenost války a masivní výskyt traumatických neuróz (dva z jeho synů bojovali v 1. světové válce a jako rodič prožíval mnohé obavy a úzkosti) přispěly k dalšímu teoretickému zpřesnění. Traumatické neurózy vznikají v důsledku válek, katastrof a neštěstí, v čemž se liší od „*neuróz spontánních*“ (Freud 1997c, s. 234) vznikajících v dětství, mají však cosi zásadně společného: „*fixaci na moment traumatické nehody*“. V záchvatech, snech a myšlenkách se dotyční vracejí do oné traumatizující situace, která jakoby „*pořád ještě stála před nimi jako nezvládnutý aktuální úkol*“ (tamtéž). Každá neuróza vede k fixaci, ale ne každá fixace k neuróze (například v afektivní fixaci můžeme truchlit, odvracet se od současnosti a budoucnosti, ale to ještě není patologií, ba naopak). Co je tedy podstatou neurózy? Nejde již jen o samotný konkrétní traumatický zážitek – významnou roli hraje i dispozice daná vývojovou fixací libida, což ovlivňuje samotný prožitek a zpracování traumatické zkušenosti, neboť člověk se musí potýkat se svými vývojovými úkoly. V práci *Mimo princip slasti* hledá Freud analogii mezi reakcemi živého organismu a lidské psyché. Traumatické jsou takové dráždivé podněty, kterých je tolik a jsou natolik silné,

<sup>11</sup> Blíže Schwartz (2003) či přímo Masson (2007).

„aby prolomily ochranu proti podráždění“ (Freud 1998, s. 26). Trauma je cizí těleso uvnitř psyché, které prorazilo obranný štít a zaplavuje psyché dráždivými podněty, na což Já není připraveno. Hrozící kolaps vyspravuje Já „velkolepým protiobsazením“. Uchování rovnováhy ovšem stojí příliš energie a námahy: podráždění musí být psychicky vázáno a motoricky vybito a rovnováha se zachraňuje utvářením symptomů.<sup>12</sup> Napotřetí Freud reformuluje své pojetí traumatu r. 1926 (2007 s. 102–104) v práci *Zabrdění, symptom a úzkost*. Jestliže vytěsnění vychází z Já, je to proto, aby se představa, která je myslí nepřijatelná, nestala vědomou. Toto zabrdění může vést k vytvoření symptomu, který je odkazem k nevědomému úvaru. „Stavy afektu jsou k duševnímu životu přivtěleny jakožto odrazy prastarých traumatických zážitků a jsou probuzeny v podobných situacích jako vzpomínkové symboly“ a praobrazem těchto jevů je snad sám „akt narození jakožto první individuální zážitek strachu“ (2007, s. 102), který má univerzální trau-

matické charakteristiky.<sup>13</sup> Zásadním pro nové pojetí traumatu je ale poznatek, že k traumatickému zážitku již není potřeba vnějšího vjemu – může se objevit „v nitru i bez takového podnětu“! To je již čistě psychologické, intrapsychické pojetí traumatu, které se samo, pudově, replikuje v psyché. V případě materiálního, vnějšího nebezpečí, cítíme bezmoc fyzickou, v případě nebezpečí vyvolaného pudem (tedy zevnitř) cítíme bezmoc psychickou, je to „traumatická situace“ (tamtéž, s. 158). Logickou možnou ochranou je příprava na takovou situaci, její předjímání, což zároveň znamená takovou situaci již dopředu prožívat. „Strach je tedy na jedné straně očekáváním traumatu, na druhé straně jeho zmírněným opakováním... je původní reakcí na bezmocnost při traumatu.“ Jestliže v předcházejících pojetích vlivů traumatu je Já zaskočeno, zahlceno a trpně prožívá dráždivý podnět jako traumatický, v tomto pojetí je úzkost signálem hrozícího nebezpečí a Já „nyní aktivně opakuje jeho zeslabenou reprodukci v naději, že bude moci samostatně řídit jeho průběh“ (tamtéž, s. 158), je předvídací a řídicí jednotkou. Původně automatická, bezobjektní úzkost se tímto reprodukováním stává jakousi autovakcínací Já, tréninkem na budoucí adaptivnější zvládnutí celé situace. Tím se traumatická situace zvnitřňuje, úzkost je symbolizována a stává se signální, čímž podle Bohlebera (2010b, s. 9) „trauma získává hermeneutickou strukturu a je možné ho integrovat“.

<sup>12</sup> Pro mnohé současné psychoanalyticky, natož pro odbornou veřejnost, je právě freudovská metapsychologie a ekonomické pojetí pudové dynamiky psychického aparátu již jen podle názvu nepřijatelné, je však často dáno neporozuměním dobovému kontextu a vědeckým ambicím autora. Freud sám o tom říká (1997c, s. 234): „Ba sám výraz „traumatický“ nemá žádný jiný než právě takový ekonomický smysl. Označujeme tak zážitek, který přináší duševnímu životu v krátkém časovém úseku tak silné zmnožení podnětů, že se jejich vyřízení nebo zpracování obvyklým způsobem nezdaří, z čeho musí vyplynout trvalé poruchy v energetickém provozu.“ Sandler (2005, s. 17) podotýká, že Freud formuloval své psychologické postřehy v termínech fyzikalisticky energetických (excitace, vybití, rovnováha, akumulace, psychický aparát). Vyčítat Freudovi terminologii poplatnou době je tedy spíše nepochopením věci samé.

<sup>13</sup> Právě na tyto úvahy navázal Otto Rank se svým výkladem neurózy jako důsledku porodního traumatu, kdy dítě z nitroděložního stavu nirvány prochází při narození do světa, traumatem fyzickým i psychickým, je zaplaveno nezávládnutelnými podněty. Jeho pojetí nepřevládlo jako univerzální etiologický výklad neuróz (Ringelová a Brandell, s. 48–49).

### III. OD INTRAPSYCHICKÉHO KE VZTAHU A INTERSUBJEKTIVITĚ

Předválečné pojetí psychického traumatu v psychoanalýze se zaměřovalo na strukturální proměny v intrapsychickém mikrokosmu, determinovaném pudovými silami, a byl to zejména Sandor Ferenczi, kdo principiálně obhajoval vztahový rozměr psychoanalýzy a význam vnějšího traumatu. Ferenczi trval na faktu a významu traumatizujícího sexuálního svedení pro vznik neurózy, pro jejíž rozvoj je nutné naplnit dvě podmínky: zaprvé je to samotné sexuální trauma, za druhé jeho popření významnými vztahovými osobami. Ve své přednášce o zmatení jazyků (pronesena roku 1932, ale anglicky publikována až r. 1949) se zevrubně věnuje retraumatizaci, způsobené *profesionálním pokrytectvím* analytikovým (jde o situaci, kdy analytik z důvodů rigidního přimknutí k teoretickému předpokladu pacientovi nevěří a jeho výpovědi o sexuálním zneužití považuje za pouhou dětskou fantazii). Říká, že „význam traumatu, zejména pak sexuálního traumatu, jako patogenního faktoru nemůžeme plně docenit... vysvětlení, že se jedná pouze o dětské fantazie, o druh hysterického lhaní, bohužel neobstojí před množstvím příznaků“ (Ferenczi, 2012, s. 9–10) a klade zásadní důraz na význam a emocionální kvalitu vztahové dyády matky a dítěte. Šok a děs, vyvolaný traumatem vede ke štěpení osobnosti: jedna část regreduje do stavu před traumatem, druhá část traumaticky progreduje k předčasné zralosti, kterou přirovnává k předčasné zralosti ovoce v důsledku poškození. Opakované trauma vede k dalšímu štěpení, fragmentaci a atomizaci osobnosti. Ferencziho myšlenky na dlou-

hou dobu „zapadly“ z důvodů ideových a osobních animozit<sup>14</sup>, ale navázání na ně lze nalézt v poválečných příspěvcích autorů tzv. britské školy objektivních vztahů. Jedním z prvních byl Ferencziho žák M. Balint, dalším z mimořádně vlivných psychoanalytiků v tomto směřování byl D. W. Winnicott. Také on, jako Ferenczi, zdůraznil význam přiměřené matčiny adaptace na citové potřeby dítěte (tzv. dost dobrá matka), také on modifikoval techniku své práce s ohledem na význam raných vztahových traumat pro pozdější narušení vývoje, také on pokládal analytický vztah za jeden z nejdůležitějších nástrojů ovlivňujících výsledek léčby (Caldwellová a Joyceová 2011, s. 6–7). Jeho příspěvky k významu vztahového podpůrného a chránícího prostředí (holdingu), od počátku zprostředkovaného zejména na emoční potřeby dítěte vyladěnou a pečující matkou, ovlivnily zásadním způsobem uvažování o dětském vývoji a technice práce, stejně jako jeho osvětlení ochranně adaptivní funkce falešného self či specifického významu protipřenosu (Jakubů a Holub, 2013). Taktéž Bionův koncept kontejnování, jehož podmínkou je matčina vnímavost ke kojencově komunikaci a podle kterého jsou syrové a neverbalizovatelné zážitky metabolizovány ve stravitelné a sdělitelné podobě, nachází svůj předobraz ve vztahu matky a dítěte.<sup>15</sup> Téma vztahového traumatu, resp. traumatu ve/ze vztahu je námětem příspěvků E. Eriksona,

<sup>14</sup> U nás se přínosu S. Ferencziho věnují dvě čísla Revue psychoanalytická psychoterapie z r. 2012 a 2015.

<sup>15</sup> Je nesmírně zajímavé, že Winnicott a Bion za sebou měli válečnou zkušenost a že právě kontejnování by mělo být Bionovým „objevem“ při metabolizaci vlastní traumatické válečné zkušenosti, jak popisuje Bergstein (2015).

J. Bowlbyho, H. Kohuta a dalších. Tito autoři se již tolik nezaobírají pudovou teorií (někteří ji zcela opouští) a zaměřují se na afektivní prožitky a jejich mentální reprezentace v rámci a v důsledku vztahové zkušenosti. Mezi současné významné příspěvky k pojetí traumatu patří sjednocující, na mentalizaci založený přístup Petera Fonagyho. Ten spolu s dalšími autory podtrhuje význam harmonického vztahu mezi matkou a dítětem, který napomáhá jistotě přimknutí, utváření symbolického myšlení a rozvoji reflektivní funkce. Špatné zacházení či trauma v interakci s narušenou reflektivní funkcí ovlivňují vývoj dítěte ve dvou oblastech: zaprvé tím, že „*nepochopení a odmítání jeho vznikající intencionality ze strany rodiče omezuje vývoj self dítěte*“ (kdy sám zneužívající rodič je hrozbou), zadruhé omezí jeho „*pozdější nezdolnost, kterou by nabylo schopností chápat interpersonální situaci*“ (Fonagy a Targetová 2005, s. 280). Důsledkem pro budoucí život je větší zranitelnost, snížená odolnost a zhoršená schopnost zvládnání zátěže a vytváření vztahů s druhými.

Novým a originálním příspěvkem k pojetí traumatu z intersubjektivistických pozic je práce Roberta Stolorowa, který vychází ze zkušenosti bolestivé ztráty vlastní manželky a z inspirace filosofickými texty Husserla, Heideggera a Gadamera (Ringelová a Brandell 2012, Stolorow 2006). Stolorow s Atwoodem předpokládají, že dítě utváří a integruje svou afektivní zkušenost „*prostřednictvím potvrzující reaktivity raného okolí*“ a v jeho psychice se utvářejí nevědomé „*organizující principy*“ (Stolorow a Atwood 2004, s. 166 a 158)<sup>16</sup>. Pokud je

dítě zaplaveno nezpracovatelnými afekty, pak „*takové neintegrovane afektivní stavy se stávají zdrojem celoživotního vnitřního konfliktu, jelikož jsou prožívány jako hrozba pro psychickou organizaci jedince...*“ a musí být disociovány či vytěsněny (tamtéž s. 161). Mnoho pacientů, kteří prožili dezintegroující trauma, ztrácí smysl pro běžné životní fungování; nemohou uvěřit ve spolehlivost a předpověditelnost jevů a dějů, svět se jim stává nejistým, propadají destrukci a chaosu, cítí se izolováni a vzdáleni druhým. Stolorow zavádí pojem „*absolutismus*“ pro vyjádření jistoty a důvěry tak samozřejmé a nezpochybnitelné, jakože se ráno vzbudíme a uvidíme své blízké, které jsme viděli, když jsme večer (v běžných podmínkách) uléhali. Souhlasíme-li se Stolorowem, že neexistuje žádná izolovaná mysl, že vztahovost, resp. kontextuální intersubjektivita (vzpomeňme Winnicottovu větu o matce a dítěti v úvodu) je psychice inherentní, pak nás destruuující trauma ohrožuje zpochybněním tohoto absolutismu, nebezpečím ztráty významu emocí a jazyka, kolapsem vztahovosti a následnou izolací (stačí vzpomenout na destruktivní vliv vězeňské či společenské izolace). Nemožnost vzájemného vyladění, zvláště jazykového, v němž by mohly být sdělovány, sdíleny a transformovány emoční zkušenosti dítěte (člověka) neumožňuje prožívat smysluplnost vlastní existence. Ontologie studuje bytí samo: jestliže se zhroutí smysl našeho bytí, pak lze podle Stolorowa hovořit o „*ontologickém nevědomí*“ (ontological uncouscious): jde o ztrátu smyslu existovat prostřednictvím jazyka a emocí.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Zde se autoři odvolávají k Sternově pojmu interafektivity – vzájemné regulaci afektivní zkušenosti ve vývojovém systému (s. 161 tamtéž).

<sup>17</sup> Stolorow jako intersubjektivista chápe vědomí a nevědomí jinak než v klasickém smyslu: není jas-

„Došel jsem k přesvědčení, že v procesu somaticko-symbolické integrace, jehož prostřednictvím vstupuje emoční zkušenost do jazyka se rodí smysl bytí....přerušeni tohoto procesu, disartikulace emoční zkušenosti přináší umenšení či dokonce ztrátu smyslu bytí, ontologické nevědomí“ (Stolorow 2006, s. 240). A pokud má Heidegger pravdu v tom, že otázka našeho bytí je pro člověka otázkou konstitutivní, pak ztráta smyslu bytí je zároveň ztrátou samotného bytí, říká Stolorow.

#### IV. KLINICKÁ ILUSTRACE

Podle historicky prvního Freudova výkladu traumatu vznikají psychické choroby nejčastěji doma a jejich původci bývají blízcí členové rodiny. Možná, že původní poznatky o traumatu měly do jisté míry podíl také na zavedení striktních pravidel klasické psychoanalytické léčby (neutralita, anonymita, abstinence), která měla zabránit opakování situace zneužití. Vůči společné intimitě analytika s pacientem panuje opatrnost, někdy snad až podezřívavost. Tato perspektiva ale může zastiňovat také bezpečné a důvěryhodné aspekty domova, které může psychoanalytický vztah vytvářet.

S pozoruhodnými úvahami o *ztrátě psychického domova* se setkáváme již ve Freudově eseji „Něco tísnivého“ (1919), který je věnován tzv. „*unheimlich*“ (tedy nedomácím) zážitkům. Freud popisoval situace ztráty důvěrně blízkého, milého, útulného, familiárního světa a obtíže schovat se před nápirem tísnivých, zlověstných pocitů. Tyto pocity podle něj souvisí s něčím, co je

---

ně vymezitelné fixními intrapsychickými strukturami izolované mysli jedince, ale je funkcí neustále se ovlivňujících intersubjektivních systémů ve společně vytvořeném nevědomém (i vědomém) poli.

nám odedávna známé, ale co jsme raději vytěsnili z vědomí. Psychické trauma bývá často provázáno právě touto subjektivní zkušeností ztráty stabilního domova.

Základním smyslem psychoanalytické práce je vytvářet podmínky k porozumění tomu, co se v pacientovi a s pacientem děje, a tím i napomáhat hlubším strukturálním změnám jeho psychiky. I když je psychoanalytický domov zasazen do bezpečného, „heimlich“ vztahu, zákonitě v něm dochází i ke vzájemnému míjení, neporozumění, zraněním anebo dokonce k reprízám traumatických událostí. Záleží na obou účastnících, jak jsou nejen schopni, ale také *ochotni* z takových uvíznutí hledat východiska. Daří se to zejména tam, kde předmětem zkoumání může být, pokud se na to pacient zaměří, také analytikův vztah k němu, stejně jako pacientovy reflexe analytikova chování. Záleží tedy i na pacientově ochotě pomoci svému analytikovi vyjít z takových situací.

Uvedeme zde epizodu z analýzy pana N., která ilustruje pacientovu retraumatizaci a s ní spojené ničení i následnou obnovu analytického domova. Poté, co se pan N. dozvěděl od své partnerky nevítanou zprávu o jejím domnělém těhotenství, měl sen, ve kterém partnerka běhala nahá po parku. Opodál se procházeli lidé a ona dál jako by bezstarostně tancovala a prozpěvovala si. Pan N. ji (ve snu) chvíli sledoval a váhal, pak se ale otočil a šel pryč. Nechtěl vidět, co bude dál, i když očekával, že partnerku nakonec odvezou do blázince. Ke snu asocioval, že její tělo je „sytké a nedostupné a zase si dělá, co chce, šílené tělo, které se neřídí rozumem, jako tělo bez hlavy“. Pan N. připomněl, že partnerka se mu v životě vícekrát ztrácela, třeba na výletech



do přírody, a on ji musel hledat a „vracet zpátky“. Prý jí také pomáhal z depresivních stavů. Nyní ale již odmítá znovu ji „držet“. Po zprávě o těhotenství se prý třese vzteky. Během úvah o snu si pacient položil i otázku, *co se teď začne dít s jeho tělem*. Obecně lze říci, že se pan N. ve svém těle necítil familiárně a tělo bylo celoživotním zdrojem jeho sebeepochybností a zahanbujících pocitů.

V několika dalších analytických seancích věnoval pan N. aktuální situaci velkou pozornost a zlobil se na partnerku, že se mu do jeho terapie vměšuje a krade mu čas, ve kterém by se chtěl věnovat „svým“ věcem. Na druhé straně cítil rozpaky před analytikem odkrýt všechny zmatky a úzkosti, které v něm situace vyvolávala. Svoje vztahy s druhými lidmi vždy považoval za provizorní a nejistou záležitost, a tím více se obával narušení vztahu s analytikem. S prohlubující se traumatickou zkušeností, která postupně ovládla analytickou scénu, se ale ztráta familiarity a narůstající odcizení od analytika ukázaly jako neodvratné. Pan N. sice připouštěl, že je mu zle a že v sobě potlačuje velkou úzkost až paniku, ale zároveň analytika ujišťoval, že si s tím sám poradí. „Jsem přitom strašně unavený, protože už zase nesu půlku světa na ramenou!“. Intenzivní bezmoc, bolest a stud již probíhaly jako součást pacientovy „unheimlich“ zkušenosti, která ho dovedla až do těžké retraumatizace a ohrožení dalšího kontaktu s analytikem.

Za pouhých několik dní od partnerčiny zprávy (během nichž vyšlo najevo, že partnerka těhotná není) pan N. onemocněl. Od lékaře, který ho krátce na to vyšetřil, se dozvěděl znepokojivou diagnózu, musel podstoupit akutní zákrok a začal s dlouho-

dobou somatickou léčbou. Lékař nevyloučil možnost zhoubného onemocnění, upřesňující vyšetření ale odložil na později. Pacient se zcela propadl do pocitů nepochopitelnosti a zlověstnosti. Nová traumatická kaskáda přesáhla rámec psychoanalytických sezení a ovládla jeho život. Pan N. začal se samozřejmostí očekávat, že nyní přijdou další „rány osudu“. Nedokázal být dlouho v sobě a cítil, že by bylo „lepší stáhnout svoje vědomí jako knot lampy“. Jednou dokonce omdlel. Jeho terapie se načas stala zahlujícím procesem s nepředvídatelnými stavy a agóniemi. Blíženectví s analytikem a pocity srozumění skokově zeslábly, nikdy ale nezanikly úplně. Přestože pacient analytika obviňoval z nedostatečného vlivu a ztráty kontroly nad situací, nadále se s ním setkával, i když zpočátku jen improvizovaně pomocí skypu. Tuto „domácí linku“ bylo důležité stále znovu obnovovat, protože jinak hrozilo analytikovo faktické „zmiizení“, v jistém smyslu analogické mizení pacientovy partnerky. Mnoho následných seancí bylo zaplněno tématy pacientova těla, novými fakty o něm a momentálními emočními reakcemi na lékařské zákroky. Hlubší zkoumání pacientova nitra, ale i změn ve vztahu s analytikem načas ustoupilo před „senzoriálním“ monitorováním všeho, co se s pacientem dělo ve vnější realitě. Jak víme, takové trauma, jakým pan N. podle všeho ne poprvé v životě procházel, obvykle zneprůchodňuje vzájemné dorozumívání a zesiluje pocity oddělenosti a *psychického bezdomovectví*. Pokud k traumatu dojde během psychoanalýzy, je nutné hledat všechny způsoby, jak obnovit pocity blíženectví a znovu najít společný jazyk (vzpomeňme Kohutův blíženecský přenos a Ferencziho zmatení jazyků). Analytik

se snažil být přítomen pokud možno tam, kde ho pacient zrovna potřeboval vnitřně potkávat. Ten ho někdy potřeboval vnímat také jako reálného člověka, kterému na pacientovi osobně záleží – tedy nejen jako interpreta psychických procesů. Pacienta uklidňovala analyticky snaha být nablízku a mohl nad analytikem cítit mimo jiné užitečnou převahu, když analytik dobře nerozuměl, co se právě děje, a byl rychlým vývojem zaskočen.

Teprve po dalších dvou měsících se ukázalo, že somatická diagnóza pana N. není zhojbná a pacient s úlevou uvěřil, že *tentokrát přežije*. Zpětné propracovávání těchto událostí spojené se symbolizací traumatických zážitků, mimo jiné prokázalo souvislost těchto současných dějů s odlehlými, archaickými částmi pacientovy minulosti, zejména s jeho raným vztahem s depresivní matkou a s narušeným průběhem separačních procesů. Těmto archaickým vrstvám psychiky mohli analytici s pacientem nyní věnovat pozornost také v přenosově-protipřenosové rovině, kde je také bylo možné vysledovat ve vztahových a afektivních vzorcích mezi oběma aktéry terapie. Podařilo se zpětně, „nachträglich“ rekonstruovat traumatické kolapsy v pacientově minulosti, jejichž psychosomatická podstata zcela unikla pozornosti lékařů, a které byly léčeny výlučně jako tělesné neduhy. Pan N. tušil, že podobnou zkušeností už kdysi prošel a že se nyní jedná o jakési „děja vu“. Z analytické praxe víme, že takové rekonstruování dávnějších, předpokládaných událostí má v psychoanalýze významné místo, protože pacientovi nabízí příležitost nepřímou se vrátit do situací, ve kterých subjektivně tak říkajíc nebyl „doma“, protože traumatický afekt

zničil jeho subjektivní integritu anebo ho dosud nebyl schopen symbolicky fixovat (vzhledem k tehdejší psychické nevyspělosti). Psychoanalytická léčba aktuální retraumatizace tedy neodbytně souvisela s jejími předlohami a repetitivy v pacientově minulosti. Vzrostla tak naděje, že se erupcím nesymbolizovaných „vtělených vzpomínek“ (embodied memories) podaří v budoucím životě pana N. zamezit anebo alespoň zmírnit jejich destruktivitu.

#### ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ: OTAZNÍKY A VÝZVY

Werner Bohleber se zasazuje za preciznější vymezení problematiky, neboť traumatem je dnes již téměř cokoli: často se nerozlišuje se mezi vnější a vnitřní událostí, procesem traumatizace, traumatickým stavem a trvalými patologickými změnami. Charakterizuje psychické trauma jako náhlý, disruptivní, nekontrolovatelný zážitek, kdy Já není schopno udržet minimální pocit bezpečí a celistvosti, zážitek ochromující úzkosti a bezmoci, která dlouhodobě zasahuje do psychické organizace člověka: „*samotná traumatická zkušenost zůstává nezničitelně vypálená anebo vyleptaná do duše postiženého*“ (2010b, s. 11). Zobecňuje psychoanalytické poznatky o traumatu do tří skupin: (1.) Neintegrované, odštěpené a zapečetěné archaické zkušenosti vytváří vnitřní přesvědčení a při střetu s novou událostí je traumatická přítomnost natolik kontaminována významem minulého, že je nelze odlišit. (2.) Ochromující pocit bezmocné odevzdanosti vede k tomu, že si postižení začínají připisovat vinu za prožitá trauma, aby si vytvořili logickou a srozumitelnou příčinnou souvislost: jde o regresi k jakési paradoxní omnipoten-

ci. (3.) „*U masivních traumatizací vede absolutní bezmocnost k zmlknutí vnitřních objektů jako ochraňujících průvodců*“, což vede k destrukci víry a očekávání v dobré objekty a empatii bližních, katastrofické izolaci a absolutní osamělosti, „*neboť zde není žádný empatický druhý*“ (tamtéž, s. 14); vzniká mrtvá zóna, černá díra v tkanivu reprezentací self a objektů<sup>18</sup>.

Pokud je však naše Já nuceno k disociaci a vytěsnění, pokud je naše self fragmentováno, jak spolehlivé a důvěryhodné jsou naše vzpomínky? Paměť není otevřený a katalogizovaný archiv: pro uchování vlastní sebeúcty, psychické integrity a přežití nám naše mysl zpětně přepracovává vlastní vzpomínky (nachträglichkeit), vybavuje je odporem k znovuvybavení, vytváří vzpomínky krycí (Freud, 2000d)<sup>19</sup>. Jde o jakési ochranné a neuvědomované falšování vzpomínek, které rozhodně nelze směřovat s vědomou lží. Související poznatky a hypotézy pro tuto oblast přináší současná neurověda a Bohleber (2010a, s. 83, 117, 145) k nim odkazuje: nezpracované trauma narušuje kortikální konsolidační procesy, vzpomínka nemůže být

převedena do permanentní explicitní paměti a zůstává zapouzdřena v paměti implicitní, v důsledku čehož není možné volné sdílení v rámci asociální sítě. Marianne Leuziger-Bohleber (2006) se věnuje souvislostem mezi psychoanalytickým pojetím nachträglichkeit s přístupem kognitivní vědy. Ta, obdobně jako psychoanalýza, nahlíží na paměť a vzpomínky „*jako na funkci celého organismu, složitý, dynamický, opakovaně kategorizující a interaktivní proces, který je vždy spjat s tělem*“ (2006, s. 29). Poukazuje k významu s tělem spjaté paměti – vtělených vzpomínek (embodied memories) pro porozumění traumatizovaným osobám, neboť: „*trauma je vepsáno do těla*“ (tamtéž, s. 29).<sup>20</sup>

Psychické trauma má svou existenční a existenciální, osobní i společenskou povahu. Vzhledem k tomu a vzhledem k historii psychoanalýzy však nemohou psychoanalytici zůstat pouze u jeho etiologie, klinického obrazu a důsledků pro zdraví či nemoc. Otvírá před námi etická dilemata, a to v rovině zcela praktické: staví nás před konfliktní otázky vnitřní pravdy o sobě (psychické reality) a pravdy historické (historické reality). Tento svár byl již od počátku tématem úvah našich předchůdců. Marianne Leuziger-Bohleber poukazuje k úskalím narativní a historické pravdy (2006, s. 30–31). Odvolává se na Fonagyho a Targetovou (1997), podle nichž „*není naší věcí, psychoanalytiků*

<sup>18</sup> Nesdělitelná a nesdílená katastrofická zkušenost z traumat vytvořených člověkem se záměrem anihilace druhého v prostředí vymýcené empatie (holocaust, etnické vyvražďování, mučení apod.) mají těžké následky: trýznitel je neustále přítomen v mysli své oběti, je zničena víra v pochopení a schopnost symbolizace, afekty a stavy nemohou být kontejnovány a integrovány. I proto je potřeba obětem nejen empaticky naslouchat a nezpochybňovat jejich historickou zkušenost, ale pokoušet se ji pojmenovat pomocí metafor, jako např.: cizí tělo, (černá) díra, mezera v psychické textuře, krypta, prázdný kruh, mrtvá kvaziakustická zóna (Bohleber, 2010a, s. 94). Některé koncepty/metafory z oblasti transgeneračního přenášení traumatu představuje Títl (2015).  
<sup>19</sup> Krycí vzpomínka je „nahrazení určitého psychického obsahu nějakým jiným“ (Freud, 1899, s. 429).

<sup>20</sup> Práci s traumatem prostřednictvím tzv. „embodied memories“ v intersubjektivním poli či přímo „mezičtělenné“ komunikaci v tomto poli (Civitaresse, 2016; s. 40) se věnuje současná psychoanalytická teorie pole, inspirovaná mj. gestalt psychologíí K. Lewina, filosofií M. Merleau-Ponty a dílem W. R. Biona.

*a psychoterapeutů, zda se jedná o historickou pravdu nebo historickou realitu*“, neboť znovunabyté vzpomínky odkazují k realitě psychické. Stačí tedy změna uvnitř terapeutického vztahu, aby došlo k žádoucí změně terapeutické. Oproti tomu uvádí autory (Cornut, Faimbergová, Koganová, Laubová, Varvin, Bohleber), kteří s tímto názorem nesouhlasí. Také pro ně je práce s přenosem samozřejmým fundamentem, zároveň však při práci s traumatizovanými osobami považují za důležité „přijmout reálnou existenci traumatu, i když nemůže být tak či onak rekonstruováno“. Jsme přesvědčeni, tak jako v případě odkazu S. Freuda a S. Ferencziho (Mahler 2015), že právě otevřená debata uvnitř psychoanalytické obce spolu s otevřeností k obohacujícímu dialogu s jinými směry a obory je zdrojem vitality a tvořivého potenciálu psychoanalýzy a může v čtenáři podnítit touhu po dalším poznávání.

## LITERATURA

- Bergstein, A. (2015). Útoky na spojení nebo puzení ke komunikaci? In: Rev. psychoanal. psychoter. 17(2): 48–61.
- Bohleber, W. (2010 a). Destructiveness, Intersubjectivity, and Trauma. London: Karnac Books.
- Bohleber, W. (2010 b). Ako môžeme duševně integrovat traumatickou realitu? In: Rev. psychoanal. psychoter. 12(2): 6–17.
- Caldwell, L., Joyce, A. (Eds.), (2011). Reading Winnicott. New Library of Psychoanalysis. London: Routledge.
- Civitaresse, G. (2016). Truth and the Unconscious in Psychoanalysis. London: Routledge.
- Černoušek, M. (1990). Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc. Praha: VÚP.
- Ferenczi, S. (1949; 2012). Zmatení jazyků mezi dospělými a dítětem – Řeč něhy a vášně. In: Rev. psychoanal. psychoter. 14(1): 7–13.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Perspectives on the recovered memories debate. In: Sandler, J., Fonagy, P. (eds). Recovered memories of abuse. London: Karnac Books, 183–217.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývoje psychopatologie. Praha: Portál.
- Foucault, M. (1993). Dějiny šílenství. Praha: Lidové noviny.
- Freud, S. (2000a/1893). O psychickém mechanismu hysterických jevů (předběžné sdělení). Sebrané spisy sv. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Freud, S. (2000b/1895). K psychoterapii hysterie. Sebrané spisy sv. 1, Spisy z let 1892–1899. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Freud, S. (2000c/1894). Obranné psychoneurózy. Sebrané spisy sv. 1, Spisy z let 1892–1899. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Freud, S. (2000d/1899). O krycích vzpomínkách. Sebrané spisy sv. 1, Spisy z let 1892–1899. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2000.
- Freud, S. (1998/1920) Mimo princip slasti. Sebrané spisy sv. 13. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1998.
- Freud, S. (1996/1940). Příspěvky ke „Studiím o hysterii“. Sebrané spisy sv. 17. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1996.
- Freud, S. (1997a/1917). Cesta k tvorbě symptomů. Sebrané spisy sv. 11. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997.
- Freud, S. (1997b/1917). Přenos. Sebrané spisy sv. 11. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1997.
- Freud, S. (1997c/1917). Fixace na trauma. Sebrané spisy sv. 11. Praha: Psychoanal. nakladatelství 1997.
- Freud, S. (1998/1937). Konečná a nekonečná analýza. Sebrané spisy sv. 16. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1998.
- Freud, S. (2003/1919). Něco tísnivého. Sebrané spisy, sv. 12. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2003.
- Freud, S. (2007/1926). Zabrzdění, symptom a úzkost. Sebrané spisy sv. 14. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 2007.

- Fulka, J. (2008). *Psychoanalýza a francouzské myšlení*. Praha: Herrmann a synové.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie. Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. Praha: Portál.
- Jakubů, J., Holub, D. (2013). Donald Woods Winnicott (1896–1971): Muž velkého i trýzněného srdce. In: *Rev. psychoanal. psychoter.* 15(2): 47–52.
- Kalsched, D. (2011). *Vnitřní svět traumatu*. Praha: Portál.
- Lezinger-Bohleber, M. (2006). „Nachtraeglichkeit“ a trauma. In: *Rev. psychoanal. psychoter.* 8(2): 23–36.
- Mahler, M. (2015). Mezi Ferenczim a Freudem. In: *Rev. psychoanal. psychoter.* 17(2): 6–13.
- Masson, J. M. (2007). *Útok na pravdu*. Praha: Mladá fronta.
- Orange, D. M. (2011). *The Suffering Stranger. Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. New York/London: Routledge.
- Ringel, S., Brandell, J. R. (2012). *Trauma. Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research*. Sage Publ. Inc.
- Sandler, J., Holder, A., Dare, Ch., Dreher, A. U. (2005). *Freud's Models of the Mind. An Introduction*. London: Karnac Books.
- Schwartz, J. (2003). *Dějiny psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Stolorow, R. D., Atwood, G.E. (2004): *Tři říše nevědomí*. In: *Vztahová psychoanalýza – zrození tradice 2. díl (příspěvky z let 1991–1994)*. Praha: Triton.
- Stolorow, R. D. (2006). *Autobiographical and Theoretical Reflections on the „Ontological Unconscious“*. *Contemp. Psychoanal.*, 42(2): 233–241.
- Taylor, G.J.(2012). *Somatizace a konverze: odlišné nebo překrývající se konstrukty?* In: *Rev. psychoanal. psychoter.* 14(2): 7–23.
- Titl, S. (2015). *Transgenerační transmise, vzájemné ovlivňování generací a přenos*. In: *Rev. psychoanal. psychoter.* 17(2): 73–86.
- Winnicott, D. W. (1960). *The Theory of the Parent-Infant Relationship*. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41: 585–595.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 3. 3. 2017. Revidované znění došlo 10. 4. 2017, k publikaci přijato 17. 4. 2017.*

## VODÍTKA PRO PRÁCI S TRAUMATEM: INSPIRACE Z GESTALT TERAPIE

### Guides for working with trauma: An inspiration from gestalt therapy

Ivana Vidaković<sup>a</sup>, Jan Roubal<sup>b</sup>, Willi Butollo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Gestalt Studio v Bělehradě, SRB, email: [ividakovic@ian.org.rs](mailto:ividakovic@ian.org.rs)

<sup>b</sup> Katedra psychologie FSS MU v Brně, CZ, email: [jan.roubal.cz@gmail.com](mailto:jan.roubal.cz@gmail.com)

<sup>c</sup> Institut Traumaterapie v Mnichově, D, email: [willi@butollo.de](mailto:willi@butollo.de)

*Psychoterapie. 11 (2), 98–108; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Psychoterapie je prokazatelně základní složkou účinné léčby lidí s posttraumatickými reakcemi. Nadále však zůstává otevřená otázka, jaké konkrétní aspekty a postupy psychotherapeutického přístupu jsou nejvíce nápomocné. Prezentovaný text nabízí základní teoretický úvod k tématu traumatu z perspektivy vztahově a prožitkově zaměřeného přístupu a předkládá také shrnutí nedávné výzkumné studie gestalt terapie traumatu. Text podrobně rozvádí praktická vodítka pro psychotherapeutickou práci s traumatem.

*Klíčová slova:* trauma, PTSD, gestalt terapie, RCT, terapeutická vodítka

#### ABSTRACT:

Psychotherapy is proved to be a basic component of a successful treatment of people with posttraumatic reactions. However, still open remains the question which concrete aspects and procedures of psychotherapy approach are the most helpful. The following text presents a basic theoretical introduction to the topic of trauma from the perspective of a relational and experiential psychotherapy approach. A summary of a recent research study of Gestalt therapy of trauma is included.

ded. Practical guides for a psychotherapy work with trauma are introduced.

*Key words:* trauma, PTSD, Gestalt therapy, RCT, psychotherapy guides

#### ÚVOD

Trauma představuje univerzální lidskou zkušenost a riziko traumatizace je v lidském životě stále přítomno. Přestože se povaha traumatu a související události v průběhu dějin proměňovaly, projevy lidských reakcí na různá traumata zůstávají v zásadě podobné. Většina lidí se zvládá s akutními reakcemi na stres vypořádat. Pokud ale prožitek vyvolaný traumatickou událostí přesáhne individuální kapacitu její zpracovat a dodat mu smysl, člověk začne trpět reakcí na trauma, která se odvíjí od osobnostních charakteristik, životních zkušeností, dostupných zdrojů podpory i od následků traumatické události. Celoživotní prevalence posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v západní populaci je kolem 7 % (Kessler, Chui, Demler, Merikangas, & Walters, 2005), zatímco v oblastech ozbrojených konfliktů je její výskyt značně vyšší (16–37 %) (De Jong et al., 2001).

Přestože fenomén traumatické stresové reakce je znám již déle než sto let a je v li-



Ivana  
Vidaković

**Pracovala 15 let v komunitách lidí, kteří zažili válku, s uprchlíky a oběťmi válečných traumat na Balkáně, nyní v soukromé praxi. Lektorka a supervizorka v Gestalt Studio Belgrade a mezinárodně. Koordinovala množství výzkumných projektů zabývajících se válečným traumatem a PTSD a na dané téma publikuje. Doktorát získala na University Belgrade Serbia. V Evropské asociaci pro gestalt terapii (EAGT) je členkou komisí Human Rights & Social Responsibility, Research Committee a vede komisi Professional Competencies & Qualitative Standards.**

teraturě dobře popsán (van der Kolk, 2007), až v nedávně době byla PTSD zařazena jako medicínská diagnóza do manuálu DSM III (APA, 1980). Nedávno provedená shrnutí početných výzkumných zjištění vedla ke zrevidování diagnostických kritérií PTSD v manuálu DSM 5 (APA, 2013), která se rozšířila na 20 symptomů sdružených do čtyř hlavních syndromů: (1) vkrádání myšlenek a vzpomínek souvisejících s traumatem; (2) vyhýbání se myšlenkám, pocitům a okolnostem souvisejících s traumatem; (3) negativní změny v oblasti kognitivních funkcí a nálady a (4) změny nabuzení a reaktivity. Tento nový přístup k dia-

gnostice však kritizují autoři přicházejícího manuálu ICD 11, kteří se snaží o jednodušší a přesnější konceptualizaci PTSD (Brewin, 2013).

Existuje již množství manuálů a klinických vodítek pro práci s lidmi s PTSD (National Institute for Clinical Excellence, 2005; Ursano et al., 2010; WHO, 2013). Dostupné poznatky ukazují, že klíčovou intervencí, která je přítomna v mnoha účinných přístupech, je určitý způsob kontrolované expozice (Foa, Keane & Matthew, 2000; Ursano et al., 2010). Široce sdílené jsou také relaxace a dechové techniky ke snížení tělesného napětí a přílišné celkové nabuzenosti. Různé přístupy také často začleňují slovní a emoční vyjádření navenek, behaviorální způsoby zvládnání a opakované kognitivní zpracovávání traumatické události a jejích následků (Resick & Calhoun, 2001).

Množství psychoterapeutických přístupů vypracovaných pro léčbu obtíží způsobených traumatem se ukazuje jako nápomocné pro získávání kontroly nad symptomy. Narušení kontinuity prožitku sebe sama i schopností kontaktu a intrapsychického dialogu však často zůstávají nedostatečně ošetřeny. Gestalt terapeutický přístup se zaměřuje nejen na symptomy, ale především na člověka s jeho jedinečně prožívaným příběhem a pomáhá mu překonat traumatem způsobené narušení prožitku sebe sama a svých schopností v kontaktu s druhými i se sebou. Následující text nabízí základní teoretický úvod k tématu z perspektivy vztahové a prožitkově zaměřeného přístupu a pro inspiraci předkládá praktická vodítka pro práci, která čerpají z vlastní klinické a výzkumné práce prezentujících autorů. Text je primárně určen pro psychoterapeuty s jiným než gestalt terapeutickým zázemím,

proto je také v co největší možné míře omezeno používání specifického jazyka teorie gestalt terapie. Gestalt therapy odkazujeme na texty prezentujících autorů, které se tématu věnují specificky v rámci teorie gestalt terapie (Butollo, 2013; Butollo et al., 2014b; Vidaković, 2013; Vidaković, 2016; Francesetti, Gecele, Roubal, 2013).

#### POROZUMĚNÍ TRAUMATU A PTSD Z POHLEDU GESTALT TERAPIE

Na trauma je možné pohlížet jako na neuzavřené situace z minulosti, které mají za následek rigidní, automatický způsob prožívání. Takto trauma popsali již zakladatelé gestalt terapeutického přístupu (Perls, Hefferline & Goodman, 1951) a další autoři, kteří také uvádějí neschopnost se odpoutat od traumatické zkušenosti a ukazují, jak trauma zasahuje prožívání nových zkušeností (Polster & Polster, 1973; Zinker, 1978; Serok, 1985). Aby bylo možné uzavřít neukončené situace z minulosti, doporučuje se vracet se ke starým záležitostem a souvisejícím okolnostem z perspektivy přítomného okamžiku (Polster & Polster, 1973) a používat i jiné způsoby, než jen verbální vyjadřování (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Záměrem je obnovení kapacity pro kontakt se sebou, s ostatními a s prostředím teď a tady.

Koncept traumatu z pohledu gestalt terapie dále propracovali Melnick a Nevis (1997; 1998). Ti vidí PTSD jako neschopnost zpracovat traumatickou zkušenost tak, aby bylo možné se od ní odpoutat. Pokud je taková zkušenost příliš emočně nabitá, nemůže být přirozeným způsobem integrovaná, opakovaně se vrací a překrucuje nové zkušenosti v dalším životě (Melnick

& Nevis, 1997). Neschopnost se odpoutat od traumatické zkušenosti neumožní klientovi vstupovat nově do vztahů s druhými i se sebou a s důvěrou se otevřít nové zkušenosti (Butollo, 2013). Terapie by proto měla klientovi umožnit, aby se postupně odvrátil od traumatické zkušenosti a dokázal opět získávat zkušenosti nové, bez zkresení způsobeného traumatickým zážitkem. Terapeut pomalu provází klienta procesem zpracová-



Jan  
Roubal

**Psychoterapeut, psychiatr, supervizor a lektor psychoterapeutických výcviků v ČR i mezinárodně. Vyučuje psychoterapii na katedře psychologie FSS MU v Brně, kde se účastní práce Centra pro výzkum psychoterapie. Pracoval v psychiatrické nemocnici, nyní v soukromé praxi. Publikuje texty převážně na téma psychoterapie v klinické praxi, spolu-editoval knihy „Současná psychoterapie“ (Portál, 2010), „Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact“ (FrancoAngeli, 2013) a „Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy“ (Cambridge Scholars Publishing, 2016).**

vání traumatické zkušenosti, během kterého se průběžně vybíjí emoční náboj a rozvíjí se kapacita emoce integrovat. Nejobtížnější fází je prožitek prázdnoty, který ale v tera-



pii umožní klientovi objevit nový pohled na sebe (Melnick & Nevis, 1998).

Gestalt terapeutický pohled na PTSD později rozvedl Cohen (2003), který symptomy traumatu nahlížel jako polaritu a umístil je na dvě dimenze. Na jedné straně jde o postupný přechod mezi extrémním nabuzením s napětím a mezi velmi nízkou energií s otupěním. Na druhé straně se jedná o přechod mezi příliš silnou angažovaností se znovuprožíváním a mezi myšlenkovými ruminacemi a naprostým vyhýbáním se podnětům, které mají něco společného s původním traumatem. Cohen tvrdí, že gestalt terapie představuje metodu volby, protože uplatňuje jak fenomenologický přístup, tak osobní autentický dialog, což jsou dvě efektivní složky léčby traumatu obecně. V nedávné publikaci pak Miriam Taylor (2014) nabízí propracovaný koncept, jak je možné porozumět traumatickým reakcím v souvislosti s neurofyziologickými procesy a jakými způsoby se trauma projevuje na tělesné úrovni.

#### VODÍTKA PRO GESTALT TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP A INTERVENCE U TRAUMATU

Aby mohl klient ustát zpracovávání traumatu, potřebuje bezpečný a důvěryhodný vztah s terapeutem. Vztah a proces jsou z pohledu gestalt terapie důležitější než obsah a techniky. Existenciální dialog, který zahrnuje autentickou přítomnost terapeuta, akceptování a potvrzování oprávněnosti klientova prožitku, představuje jak metodu léčby, tak žádoucí záměr, ke kterému terapie směřuje.

Gestalt terapeut při práci s traumatizovaným člověkem společně s klientem pomalu a postupně prozkoumává původní zkušenost a rozpoznává překážky jak v pro-



**Willi  
Butollo**

**Vedoucí Institutu Traumaterapie v Mnichově, emeritní profesor na Ludwig Maximilians University Munich. Pracoval jako výzkumný pracovník na University of London, vyučoval na Graz University a vedl oddělení klinické psychologie a psychoterapie na Ludwig Maximilians University Munich. Absolvoval psychoterapeutický výcvik v behaviorální terapii (Maudsley Hospital, London) a v gestalt terapii (GTILA & Gestalt Institute San Diego; IGW; distinguished visitor at GATLA). Věnuje se výzkumu, publikacím a výuce na téma PTSD.**

cesu jejího zpracovávání, tak při opuštění této původní traumatické zkušenosti. Fenomenologický přístup práce zde a nyní vede k obnově klientovy schopnosti uvědomování a nabízí možnost získat odstup od zaplavujícího prožitku z minulosti. Terapeut zaměřuje proces léčení na přítomný okamžik a využívá aktuálně dostupné podpůrné zdroje klienta samotného i ty, které jsou k dispozici v okolí.

Při traumatu dochází k narušení bezpečných hranic, ztrátě kontroly a k prožitku, který je tak intenzivní, že není možné jeho zpracování v dané chvíli. Proto je v terapii traumatu nutné respektovat bezpečné hranice, umožnit

klientovi získávat kontrolu nad situací a pomoci mu vybudovat si kapacitu pro postupné zpracovávání prožitku v mírné intenzitě.

Gestalt přístup k léčbě traumatu lze shrnout do několika praktických vodítek (Vidaković, 2016):

*Obnovovat seberegulaci a hranice prožitku sebe sama*

Protože klient ztratil přirozenou schopnost seberegulace, terapeut mu pomáhá lépe se o sebe starat a obnovit zdravé návyky v souvislosti s životosprávou. Na začátku terapie a pak také vždy v průběhu terapie, když se traumatická událost stává příliš živou, je zásadně důležité, aby klient znovu a znovu nabýval kontroly nad sebou a získával pocit bezpečí v situaci teď a tady. Terapeut podporuje klienta v tom, aby se učil tolerovat vjemy, napětí a emoce tím, že bude směřovat a zaměřovat svoji pozornost na přítomný okamžik. To pomáhá získávat odstup od zaplavující traumatické zkušenosti z minulosti.

V terapeutickém vztahu je důležité respektovat klientovu vůli i hranice a vyhnout se sklouznutí do paralelního procesu, který by zreadlil předchozí traumatizaci. Terapeut proto vybízí klienta, aby v terapii přebíral aktivní roli a byl sám schopen rozhodovat, co se bude v terapii dít a jestli chce následovat terapeutovy návrhy na směřování terapie. Zpočátku terapie klient sám nemá dostatečnou kapacitu pro to, aby byl schopen hlídat své hranice. Naopak je často není schopen rozpoznat. Nejprve je tedy nutné, aby terapeut péči o bezpečné hranice a kontrolované postupné rozvíjení terapeutického procesu vzal na sebe. Zvlášť by si měl terapeut dát pozor na to, kdy se cítí příliš vtahován do traumatického příběhu

a pocituje impulzy k dalšímu detailnímu propracovávání. Kdyby takové impulzy následoval, sám by se dostával do pozice toho, kdo narušuje bezpečné hranice klienta a neponechává mu možnost situaci kontrolovat, tedy do pozice „násilníka“. Pokud ale dokáže takové impulzy včas rozpoznat a namísto jejich následování vede s klientem partnerský, lidsky respektující dialog, umožní klientovi vystoupit z pozice bezmocné „oběti“. Klient se postupně bude v rámci terapeutického vztahu učit rozpoznávat hranice svého bezpečí a způsoby, jak si je zajišťovat například tím, že se odváží terapeuta přerušit a usměrnit průběh terapie.

*Získávat zpět schopnost uvědomovat si sebe, okolní kontext i způsoby kontaktu*

Pokud klient při traumatické události nebo po ní reagoval silnou disociací od vjemů a prožitků, rozpojení mezi „pozorujícím self“ a „prožívajícím self“ může trvat dosti dlouho. Klient se pak odpojuje od aktuálního okolního kontextu, od prožívání smyslových vjemů i od emocí. Odpojování se v průběhu terapie postupně zmírňuje s tím, jak se zvyšuje klientova schopnost uvědomování sebe sama. Terapeut může navrhnout určité specifické intervence, jako jsou věty začínající na „já...“, které klienta ujišťují o tom, že žije v současnosti („Jsem v bezpečí, přežil jsem“, „Jsem tady a jsem naživu“). Fragmentaci self je potom možné v kontrolovaném a bezpečně načasovaném experimentu externalizovat a využít k obnovení celistvosti self. V takovém experimentu klient ze současné pozice člověka, který přežil a zvládá žít dál, může mluvit k představě sebe v situaci traumatu.

Nápomocná jsou také jednoduchá cvi-

čení ke zvyšování tělesného uvědomování pomocí smyslových vjemů a souvisejících pocitů. Ke snížení klientova přílišného nabuzení je výhodné řízené dýchání, relaxace a meditace. Kromě toho tělesná aktivizace nebo cvičení pomáhají uvolnit energii blokovanou traumatem. Je důležité zdůraznit, že přivádět traumatizovaného klienta zpátky do kontaktu s jeho tělem představuje citlivý a dlouhodobý proces, zvláště pokud trauma zahrnovalo fyzické nebo sexuální násilí. Podstatné pro terapii traumatu je také rozpoznat, jak je trauma stále přítomné v těle (Kepner, 1995) a umožnit bezpečně vyjádření této “zamrzlé” energie.

*Setkávat se znovu s traumatem  
a pracovat s vyhýbáním  
a s narušováním hranic*

Propracování traumatického prožitku často vyžaduje, aby se klient znovu setkal s původní situací, prožil ji a dovolil si zažít související pocity a vyjádřit je. Zásadně důležité je přítom ale, aby si klient nad prožíváním udržoval co největší možnou kontrolu. Pro oběti traumatu je velice obtížné vydržet vracející se a zatěžující vzpomínky na traumatickou událost, které se objevují ve formě smyslových vjemů, představ, myšlenek a snů. Aby si klient vybudovat kapacitu udržet si kontrolu nad prožitky, které provázejí traumatické vzpomínky, je výhodné učit klienta techniky uklidňování se pomocí relaxace s imaginací bezpečného místa, prožitku ukotvení apod. Dále je užitečná technika kontrolované expozice, kdy si klient naplánuje, že si každý den na omezený čas 10 minut připomene traumatickou událost. Tuto techniku je dobré kombinovat s nácvikem přístupu “přijmout a nechat být” (mindfulness).

Účinným postupem je kontrolovaná a dávkovaná expozice podnětům spojeným s traumatem. Terapeut může například klienta vést k tomu, aby se znovu setkal s traumatickou událostí, představil si tehdejší prostředí a situaci prožil v imaginaci jako by se odehrávala teď a tady. Důležité je zároveň neustálé zpomalování procesu, aby klient stačil prožitky zpracovávat. K tomu je výhodné detailní slovní pojmenování prožitků, které klient líčí terapeutovi. Klient tím verbálně uchopuje a dávkuje prožitek, získává od něj odstup a také s ním není sám, ale sdílí ho s podpůrnou osobou. Pro udržování klientovy kontroly nad procesem je důležité průběžně domlouvat odstupňování intenzity expozice, nabízet možnost ukončení a posléze vyčlenit čas na jeho reflexi, zpracování a integraci.

S podporou terapeuta se klient dostane až k obsahům a emocím spojených s traumatem, kterým se doposud vyhýbal. Terapeut je aktivní a ujišťuje klienta, aby vytrval a prošel znovu prožívanou zkušeností. Zároveň nabízí uvědomování si přítomných momentů teď a tady, ve kterých je přítomen klient jako ten, kdo přežil, je naživu a v bezpečí v přítomnosti terapeuta. To klientovi pomáhá dosáhnout uzavření traumatické zkušenosti a odpoutání se od ní.

V průběhu celého procesu terapeut vybízí klienta ke zvyšování uvědomování a sdílení prožitků v dialogu. Terapeut si musí být stále vědom vysokého rizika retraumatizace, zvláště když používá techniky expozice. Nejprve je vždy potřeba vybudovat dostatečné bezpečí v podobě dobře navázaného terapeutického spojení a kapacity klienta pro integraci traumatických prožitků. Poté je potřeba citlivě kalibrování intenzity prožitku teď a tady. Terapeut klienta provází

při náročném setkání s původním prožitkem spojeným s traumatem a tím narušuje opakující se vzorec vyhýbání. Zároveň ale intenzita prožitku zůstává kontrolovaná a umožňuje zpracování, čímž se narušuje opakující se vzorec bezmoci. Intenzitu prožitku může terapeut zvýšit převedením pozornosti z kognitivní roviny na emoce („Jak se cítíte, když o tom teď vyprávíte?“) a naopak může intenzitu snížit převedením pozornosti z emocí na kognitivní úroveň („Co si o tom myslíte teď z odstupu, když o tom spolu mluvíme?“).

*Zvládat zaplavující negativní emoce a myšlenky, budování kapacity pro přijetí skutečnosti*

Po závažném traumatu se u lidí objevuje smutek a truchlení pro skutečnou nebo symbolickou ztrátu, stud, pocit viny a selhání i vztek. Přichází také nutkavě se vtírající nápady “co by bylo kdyby” a jiné myšlenky, které mají v zásadě ochrannou funkci. V terapii se podporuje vyjádření a zpracování autentických prožitků. Klient zpočátku popírá, obviňuje, přebírá veškerou zodpovědnost za traumatickou událost, nebo ji naopak naprosto odmítá. V průběhu terapie se postupně, díky podpoře a podněcování terapeuta, učí přijímat vlastní myšlenky, pocity a chování jak v minulosti, tak v současnosti. Klient se je učí přijímat jako přirozenou součást sebe, postupně si buduje kapacitu pro jejich přijímání. To mu pak pomáhá přijmout změny, vyrovnávat se s následky a v nových podmínkách si znovu vystavět kvalitní a důstojný život. Specifické gestaltové intervence zde mohou být nápomocné. Například “prázdná židle” umožní přímo nasměrovat hněv, “dvě židle” zase zpřehlední dialog “šéfa a podřízeného” (*top dog – under dog*),

když je klient zahlcen pocity viny a sebeobviňování. Zároveň je potřeba zdůraznit, že práce s prožitkovými experimenty sebou vždy nese riziko retraumatizace v případě příliš vystupňovaného prožitku. Cílem není prožitek samotný, ale posilování klientovy kapacity prožitek ovlivňovat a zpracovávat.

*Budovat znovu sociální podpůrný systém a začleňovat se do mezilidských vztahů*

Když klient vnímá podporu ve vztazích v rodině, s přáteli a také v širší sociální síti, pomáhá mu to zpracovat traumatickou zkušenost. Trauma ale zasahuje i do vztahů a klienti v terapii často mluví o narušeném fungování ve vztazích, kde mají obtíže s regulací emocí, intimitou a hranicemi. Bojí se toho, co ve vztazích prožívají, nebo je naopak děsí jejich vlastní netečnost. Snaží se ostatní před sebou chránit a stahují se z kontaktu. Specifická vztahová dynamika související s traumatem se projevuje také přímo v terapii a je potřeba, aby si terapeut pozorně všiml svých vlastních prožitků v terapeutickém vztahu. Zvlášť důležité je to ve chvílích, kdy se klientovi podaří odpoutat se od traumatického prožitku a začne vyhledávat novou zkušenost, ve které může zakoušet své nové sebepojetí. V takových okamžicích je vztah s terapeutem zásadní, protože klient si ověřuje bezpečnost hranic a může zvyšovat očekávání a nároky na terapeuta. Je důležité, aby terapeut zůstával stabilní, bezpečný a udržoval přehledné a jasné uspořádání terapie. Zároveň je potřeba, aby vstupoval do dialogu s klientem sám za sebe s realistickým vědomím vlastních možností a limitů. Na úrovni přenosové a protipřenosové dynamiky klient s terapeutem mohou zpracovávat témata spojená

s traumatem, která však zůstávají mimo dosah slov i uvědomování. Když má klient možnost vyzkoušet si nové způsoby jak fungovat ve vztahu, a bezpečně zažít druhého s jeho silou i s jeho limity, pomáhá mu to také nově přijímat sám sebe.

*Dávat zkušenosti nový smysl,  
odpoutávat se od traumatu,  
integrovat a uzavírat zkušenost*

Klienti nejdříve potřebují obnovit kapacitu kognitivního podpůrného systému, aby se dokázali od traumatu odpoutat, integrovat a uzavřít svoji zkušenost. Jejich základní systém přesvědčení o světě a o sobě se otřásl nebo zhroutil, zažívají bazálně znejišťující pochybnosti o vlastní hodnotě i o důvěryhodnosti a bezpečnosti světa kolem sebe. Úkolem terapie je tedy nejen zpracování traumatu, ale také obnovení základní víry v sebe sama a znovuoživení naděje. Je potřeba znovu nastavit systém hodnot a umožnit klientovi získat důvěru v možnost dobrého a smysluplného života v budoucnosti. Gestalt terapie, která klade důraz na vytváření osobního smyslu a na duchovní zázemí (Polster & Polster, 1977) pomáhá klientům přerámovat jejich příběh a reinterpretovat dopad traumatické události. Umožňuje klientům nacházet nový smysl a vztahovat se k zázemí, které přesahuje současný okamžik a poskytuje stabilitu (Jacobs, 2003). Přerámování pomáhá klientům získat nový pohled, který přesahuje individuální zkušenost. Klient spolu s terapeutem zkoumají nový kontext a větší rámec, který může dát nový smysl osobně traumatické zkušenosti. Pomocí terapeutického psaní a jiných uměleckých ztvárnění traumatické zkušenosti a jejich dopadů je pak lze začlenit do plynutí životního příběh-

hu a propojit tak minulost, současnost a budoucnost. Integrace a uzavření traumatické zkušenosti je možné dosáhnout, když klienti přestanou vnímat život před a po traumatu jako nespojitě fragmenty, ale přijmou je jako části smysluplného kontinua (Alon & Levine Bar-Yoseph, 1994).

#### VÝZKUM GESTALT TERAPEUTICKÉHO PŘÍSTUPU K LÉČBĚ TRAUMATU

Gestalt přístup může nabídnout pro léčbu traumatu dostatečné teoretické zázemí klasické i současné teorie a také množství prožitkových i vztahových metod a tvořivých technik. V literatuře se však toto téma objevuje zřetelněji až v nedávné době (Avery, 1999; Fodor, 2002; Cohen, 2003; Hardie, 2004; Perera-Diltz, Laux & Toman, 2012; Taylor, 2014; Butollo et al., 2016). Publikované texty ukazují, jak gestalt terapie pracuje s klienty s různými druhy traumatu, jako jsou například zneužívané děti nebo dospělí, kteří byli v dětství zneužívaní, oběti války a uprchlíci, váleční veteráni a také lidé z pomáhajících profesí jako terapeuti, poradci a sociální pracovníci (Crump, 1984; Serok, 1985; Sluckin, Weller & Highton, 1989; Kepner, 1995; Butollo, Kruesmann & Hagl, 2000; Butollo et al., 2014a; Butollo et al., 2014b; Pollard et al., 2002; Cohen, 2003; Gilbert, 2006; Pack, 2008; Vidaković, 2013; Taylor, 2014).

Gestalt terapii traumatu se ale přesto dostávalo ve vědecké komunitě málo pozornosti až do doby, kdy byla publikována první RCT studie, která porovnávala terapii traumatu založenou na gestalt přístupu nazvanou Dialogická expoziční terapie (*Dialogical Exposure Therapy, DET*) s terapií zpracovávající trauma kognitivním

způsobem (*Cognitive Processing Trauma Therapy*) (Butollo et al., 2016). Další kontrolované studie také potvrdili efektivitu DET, která pomáhá klientům získávat větší schopnost uvědomování vnitřního dialogu vztahujícího se k traumatické události a jeho vyjadřování navenek pomocí gestalt terapeutické metody prázdné židle (Hagl et al., 2014, Butollo et al., 2014a).

Dialogická expoziční terapie (Butollo et al., 2014b) pro klienty s traumatem zahrnuje kognitivně behaviorální prvky integrované do celkového rámce principů gestalt terapie. Jedná se o 24 sezení, během kterých terapeutický proces prochází čtyřmi fázemi. Během první fáze (*Bezpečí*) se utváří terapeutický vztah a aktivují se sociální podpurné zdroje. Terapeut vytváří podpurné prostředí, aby se klient cítil bezpečně, a učí ho techniky relaxace a dýchání, také ho upozorňuje na vyhýbání. V druhé fázi (*Stabilita*) se pracuje na překonávání nejistoty, sebedpřijímání a sebereflexi v kontaktu s druhými. Ve třetí fázi (*Konfrontace*) dochází k aktivaci i ochraně vlastních hranic a k emocionálnímu zpracování traumatu. V závěrečné fázi (*Integrace*) dochází k přijetí toho, co se stalo, a také k přijetí související změny. Probíhá existenciální dialog v souvislosti s traumatem. „Dialogická expozice“ se uplatňuje při rozpoznání a rozvolnění překážek v kontaktu, tím se obnovuje plynulost klientova prožívání. To dále umožňuje vztahovat se v terapii k různým částem klientova self: traumatizované, netraumatizované a také self před traumatem. Srovnání stavu před a po terapii ukazuje, že tento způsob terapie je pro PTSD efektivní jak na úrovni symptomů, tak na úrovni vztahu i dostupnosti zdrojů (Butollo et al., 2016).

## ZÁVĚR

Trauma ovlivňuje, jak člověk vnímá sám sebe i jak prožívá kontakt s druhými, a je proto vždy přítomno i v terapeutickém vztahu. Terapeut může vnímat klienta trpícího následky traumatu jako člověka velmi agitovaného nebo naopak staženého až utlumeného, který je zaplavován měnícími se emocemi, nebo naopak své emoční reakce brzdí až zastavuje, jako člověka, který působí fragmentovaně a je obtížné s ním vejít do kontaktu v situaci teď a tady. Terapeut je součástí sdíleného vztahového pole a podílí se na vytváření vztahových prožitků, které jsou charakteristické pro posttraumatickou reakci. Elementy traumatu a reakce na něj se projevují v terapeutickém vztahu a zde představují jak riziko retraumatizace, tak příležitost pro jejich prozkoumání a zpracování. Častými vztahovými tématy s traumatizovanými klienty jsou stabilita/nestabilita, důvěra/nedůvěra a moc/bezmoc. Pro terapeuta představuje delikátní a náročný úkol setkat se s klientem v jeho posttraumatickém prožitku a spolu s ním vytvořit důvěryhodný vztah, který umožní klientovi cítit se tak bezpečně ukotvený, aby se mohl znovu setkat s drásavými emocemi spojenými s traumatem a dokázal obnovit svoji celistvost. Úspěšná práce s traumatem pak přes tento prožitek v terapeutickém vztahu vede k obnovování důvěry ve svět i v druhé lidi a ke schopnosti znovu nově vytvářet vztahy.

## LITERATURA

- Alon, N. & Levine Bar-Yoseph, T. (1994). An approach to the treatment of post-traumatic stress disorders (P.T.S.D.) in Clarkson, P. and Pokorny, M. *The Handbook of Psychotherapy*. London. Routledge.
- American Psychiatric Association. (1980). *Dia-*

- gnostic and statistical manual of mental disorders* (III ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Brewin, C. R. (2013) „I Would not Start from Here“ – An Alternative Paerspective on PTSD From the ICD11: Comment on Friedman (2013) *Journal of Traumatic Stress*, 26, 557–559.
- Butollo, W. (2013). Comment to the chapter The Power of “Moving on” – a Gestalt Therapy Approach to Trauma Treatment. In Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (eds): *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, 334–336.
- Butollo, W., König, J., Karl, R., Henkel, C. & Rosner, R. (2014a). Feasibility and outcome of dialogical exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A pilot study with 25 outpatients, *Psychological research*, 24 (4), 514–521.
- Butollo, W., Karl, R., Köning, J. & Hagl, M. (2014b). Dialogical exposure in Gestalt-based treatment for posttraumatic stress disorder, *Gestalt Review* 18(2):112–129.
- Butollo, W., Karl, R., Koenig, J., Rosner, R. (2016). A Randomized Controlled Clinical Trial of Dialogical Exposure Therapy versus Cognitive Processing Therapy for Adult Outpatients Suffering from PTSD after Type I Trauma in Adulthood. *Psychother Psychosom*; 85:16–26.
- Cohen, A. (2003) Gestalt Therapy and Post Traumatic Stress Disorder: The Irony and the Challenge, *Gestalt Review*, 7 (1), 42–56.
- Crump, L. D. (1984). Gestalt therapy in the treatment of Vietnam veterans experiencing PTSD symptomatology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, 90–98.
- de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van De Put, W. and Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286, 555–562.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Matthew, J. F. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539–555.
- Fodor, I., (2002) Reflections on September 11: When therapist and client participate in the same trauma. *British Gestalt Journal*, 10(2).
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (2013). Gestalt Therapy Approach to Psychopathology. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (eds.). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli, p. 59–76.
- Gilbert, A. (2006) A phenomenological exploration of the impact of a traumatic incident (death of child) on Social Services Staff. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 1.
- Hagl, M., Powell, S., Rosner, R., Butollo, W. (2014) Dialogical Exposure with Traumatically Bereaved Bosnian Women: Findings from a Controlled Trial, *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Hardie, S. (2004) Literature Review surveys Gestalt therapy and related literature on the treatment of Post Traumatic Stress Disorder *Gestalt!* 8 (1).
- Jacobs, L. (2003) Ethics Of Context And Field: The Practices Of Care, Inclusion And Openness To Dialogue, *British Gestalt Journal*, 12 (2).
- Kepner, J. (1995), *Healing Tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Melnick, J. & Nevis, S. (1997). Gestalt Diagnosis and DSM IV. *British Gestalt Journal*, 6 (4).
- Melnick, J. & Nevis, S. M. (1998). Diagnosing in the here and now: A gestalt therapy approach. In L. S. Greenberg & J. C. Watson (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* New York: The Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence (2005)

- Post-traumatic stress disorder (PTSD) The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.* Author.
- Orsillo, S., Weathers, F. W., Litz, B. T., Steinberg, H. R Huska, J. A & Keane, T. M. (1996). Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war-zone related posttraumatic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 307–313.
- Pack, M. (2008). Back from the edge of the world: Re-authoring a story of practice with stress and trauma using Gestalt theories and narrative approaches. *Journal of Systemic Therapies*, 27(3), 30–44.
- Perera-Diltz, D. M., Laux, J. M. & Toman, S. M. (2012). A Cross-Cultural Exploration of Posttraumatic Stress Disorder: Assessment, Diagnosis, and Recommended (Gestalt) Treatment, *Gestalt Review*, 16 (1).
- Perls, F., Hefferline, R. and Goodman, P.. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in Human Personality*. Highland, New York: The Gestalt Journal Press.
- Pollard, CH, Mitchell, C. & Daniels, V. (2002). Airline Crash Survivors, Vietnam Veterans, and 9/11, *Gestalt!* 6 (1).
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Resick, P. A. and Calhoun, K. S. (2001). Post-traumatic Stress Disorder, in Harlow (ed.) *Clinical handbook of psychological disorders*, 3<sup>rd</sup>ed. The Guilford Press
- Serok, S. (1985). Implications of gestalt therapy with post traumatic patients. *Gestalt Journal*, 8.
- Sluckin, A., Weller, A., & Highton, J. (1989). Recovering from trauma: Gestalt therapy with abused child. *Maladjustment and Therapeutic Education*, 7.
- Taylor, M. (2014). *Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, gestalt and the body*. NY: Open University Press.
- Ursano, R. J., Bell, C. C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A. Pfefferbaum, B., Pynoos, R. S. Zatzick, D. F. Benedek, D. M. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. APA.
- van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. in: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, (ed) *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Vidaković, I. (2013). The Power of “Moving on” – a Gestalt Therapy Approach to Trauma Treatment, in Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (eds): *Gestalt Therapy in Clinical Practice*, FrancoAngeli, 317–328.
- Vidaković, I. (2016). *Structure and factors stability of post-traumatic stress reactions*. University of Belgrade. PhD theses.
- WHO (2013). Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85623/1/9789241505932\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85623/1/9789241505932_eng.pdf)
- Ychuda, R. & McFearlane, A. (1995). Conflict about current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152 (12).
- Zinker, J. C. (1978). *Creative Process In Gestalt Therapy*, Karnac Books.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 2. 1. 2017. Revidované znění došlo 28. 2. 2017, k publikaci přijato 4. 3. 2017.*



## EMDR V PSYCHOTERAPII TRAUMY. STRETNUTIE NEUROVIED A PSYCHOTERAPIE

### EMDR in psychotraumatotherapy. Where neuroscience and psychotherapy meets

Hana Vojtová

Súkromná psychoterapeutická prax, Trenčín, SK; e-mail: hanavojtova@gmail.com

*Psychoterapie. 11 (2), 109–119; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Psychická trauma a jej následky sú predmetom záujmu neurovied aj psychoterapie. Spája ich snaha vysvetliť účinok psychoterapie v pojmoch neurobiológie a nájsť optimálny spôsob intervencií, ktoré by priniesli psychoterapeutickú zmenu cez normalizáciu fungovania centrálnej nervovej sústavy, narušeného traumatickým stresom. Článok prezentuje základné poznatky o neurobiológii posttraumatických reakcií. Cez vysvetlenie terapie EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – sa dotýka hypotéz o mechanizme účinku úspešnej terapie posttraumatických porúch, vrátane posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP).

*Kľúčové slová:* Psychická trauma, PTSP, EMDR, neurobiológia, psychoterapia, pamäť, rekonšolidácia.

#### ABSTRACT:

Psychological trauma and its consequences have been the focus of attention in neuroscience as well as psychotherapy. Both are interested in explaining the effect of psychotherapy in terms of neurobiology and finding the optimal interventions that would bring therapeutic change via

normalization of central nervous system functioning, disrupted by traumatic stress. The article presents basic knowledge about neurobiology of posttraumatic reactions. It presents hypothesis for mechanisms of action of successful therapy of posttraumatic disorders, including posttraumatic stress disorder (PTSD) by explaining EMDR therapy – Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

*Key words:* Psychological trauma, PTSD, EMDR, neurobiology, psychotherapy, memory, reconsolidation.

#### PSYCHICKÁ TRAUMA A PTSP

Pri diagnóze posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) sa traumatická udalosť definuje v MKCH-10 ako stresujúca udalosť, mimoriadne ohrozujúca alebo katastrofická, ktorá spôsobuje prenikavé utrpenie takmer u každého. V psychoterapii má však svoje opodstatnenie aj oveľa širší pohľad na psychickú traumú, podľa ktorého je podstatný efekt udalosti na prežívanie a správanie jedinca. Pri takomto chápaní stresujúce skúsenosti, ktoré človek nie je schopný integrovať, môžu zostať uchované v jeho nervovej sústave v nespracovanej podobe

a spôsobovať najrôznejšie symptómy – od posttraumatických, cez symptómy iných úzkostných porúch, porúch nálady, až po poruchy osobnosti. Mnohé psychické problémy sú vnímané ako následky nespracovanej záťaže, prípadne odrážajú kompenzačné a obranné mechanizmy. PTSP je len jedným z mnohých klinických obrazov (Hašto, Vojtová, 2012). Zároveň aj zdanlivo banálne udalosti môžu zapríčiniť rozvinutie symptomatiky PTSP. Keď v širokom poňatí psychotraumatológie konceptualizujeme psychické poruchy ako zážitkovo podmienené, umožňuje nám to uchopiť terapiu ako proces spracovania nespracovaných zážitkov. V pojmoch neurobiológie je potom cieľom terapie modifikácia pamäti – zmeniť spomienky dysfunkčne uložené v centrálnej nervovej sústave (CNS) tak, aby v novej podobe namiesto vytvárania maladaptívnej symptomatiky umožnili adaptívne učenie sa zo skúsenosti a podporili resilienciu.

### NEUROBIOLOGIA PTSP

Výskum neurobiológie traumatického stresu nás vedie k chápaniu posttraumatických porúch ako porúch spracovania informácií v CNS a tiež ako porúch regulácie psychofyziologického nabudenia (arousal) (Frewen, Lanius, 2006; Bob, Vymětal, 2005). Nervová sústava sa zablokuje v polohe zvýšeného vybudenia, alarmu a spomienka na traumatickú udalosť zostáva uložená v „surovom“ stave, roztrieštená a nekontrolovateľne reaktivovateľná spúšťačmi aj roky po udalosti (Careaga et al., 2016). Neschopnosť jedinca pri vystavení spúšťačom regulovať vlastné emócie a rozvinúť adaptívne reakcie aj napriek vôľovej snahe a racionálnemu náhľadu, viedla v minulosti k predpokladu, že PTSP nie je



**Hana  
Vojtová**

**Mgr., klinická psychologička, psychoterapeutka, EMDR trénerka (akreditovaná EMDR Europe). Pracuje v súkromnej psychoterapeutickej praxi v Trenčíne a v rámci Slovenského inštitútu pre psychotraumatológiu a EMDR (SIPE; [www.emdr-sipe.sk](http://www.emdr-sipe.sk)) vedie výcviky a vzdelávanie v EMDR a psychotraumatológii. Zaoberá sa 12-krokovými svojpomocnými skupinami (Anonymní alkoholici a i.) a ich uzdravujúcim potenciálom. Spolupracuje s pražským Centrom pre neuropsychiatrický výskum traumatického stresu.**

terapeuticky ovplyvniteľná. Tento pesimistický pohľad je jednoznačne prekonaný, psychoterapia si však často vyžaduje špecifické postupy.

Výskum využívajúci neurozobrazovacie metódy ukazuje funkčné a štrukturálne zmeny v CNS pri PTSP. Najčastejšie boli zistené zmeny v aktivácii limbických a paralimbických, ako aj prefrontálnych kôrových oblastí (amygdala, hipokampus, talamus, anteriórny cingulárny kortex, mediálny a dorzolaterálny prefrontálny kortex) (Grupe, Heller, 2016), ktoré sú významné pre emocionálne a pamäťové procesy. Rauch et al. (2006) navrhli model, podľa ktorého je pre PTSP charakteristická nadmerná reaktivita amygdaly a nedostatočná funkcia frontálneho kortexu a hipokampu. Aktivácia amygdaly v situácii ohrozenia vedie k vzniku pevných asociácií a reakcií

strachu. Frontálne oblasti majú úlohu modulovať reakcie amygdaly, potláčať reaktivitu na podnety súvisiace s traumou a umožniť vyhasnutie týchto podmienených reakcií. PTSP vzniká pri zlyhaní tejto inhibičnej funkcie kôry spolu so zlyhaním hipokampu, ktorý viac nedokáže rozlíšiť bezpečný kontext, ani umožniť vytvorenie explicitnej integrovanej spomienky (Desmedt et al., 2015). Výskum tiež ukazuje dva diametrálne odlišné spôsoby posttraumatického reagovania na vystavenie spúšťačom: na jednej strane znovuprežívanie spojené s namerným arousalom, na druhej strane odpojenie sa, ktoré zvykne byť označované ako disociatívna reakcia (Hopper et al., 2007). (Nám sa zdá výstižnejšie považovať samotný mechanizmus oddelenia dvoch pólov reaktivity za disociatívny a v tomto zmysle oba typy reakcií za prejav posttraumatickej disociácie. Tento pohľad zodpovedá náhľadu podľa teórie štruktúrálnej disociácie (Nijenhuis, 2014). Kým prvý spôsob reagovania je odrazom zvýšenej aktivity amygdaly a podkôrových štruktúr, ktoré nie sú modulované prefrontálnou kôrou, druhý spôsob je odrazom opačného vzorca (de)aktivity. Symptómy PTSP vznikajú práve vtedy, ak pretrváva disociácia týchto oblastí. Integrácia skúsenosti vtedy nie je spontánne možná a je potrebná podpora zvonku (napr. terapia), ktorá tento proces naštartuje. Neurovizuálne metódy ukazujú, že úspešná terapia vedie k normalizácii reaktivity CNS.

#### REKONSOLIDÁCIA VERSUS VYHASNUTIE

Pre PTSP je pomerne bežným javom, že dochádza k relapsom symptomatiky. Zdá sa, že existujú dva rôzne typy terapeutickej

zmeny. Na úrovni neurobiológie sa tieto dva mechanizmy charakterizujú ako vyhasnutie alebo rekonsolidácia pamäťovej stopy. Pri vyhasnutí (angl. extinction) vznikne popri pôvodnej pamäťovej stope, ktorá v prípade PTSP obsahuje najčastejšie podmienené reakcie strachu, nová pamäťová stopa, ktorá jej konkuruje. Pre jej upevnenie sú často potrebné mnohé opakovania, nácvik a úsilie zo strany klienta. Dysfunkčná pamäťová stopa zostáva pasívna, avšak len do chvíle, keď z nejakého dôvodu adaptívna stopa prestane byť konkurencieschopná – pod vplyvom oslabenia, vyčerpania organizmu, alebo sily nového stresora (spúšťača). Vtedy sa môže plne aktivovať s pôvodnou sprievodnou symptomatikou (Ecker et al., 2013).

Na druhej strane rekonsolidácia je proces, v ktorom sa pôvodná spomienka mení a nanovo ukladá do pamäti v zmenenej podobe. Je to možné vďaka tomu, že pamäťové stopy sa pri aktivácii stávajú labilnými a prístupnými zmene. Naša pamäť nie je súborom nemenných dát, ale ide v podstate o časovú súhru a koordináciu re-aktivácie rôznych oblastí CNS, ktoré boli aktívne počas ukladania spomienky (Högberg et al., 2011). Podľa predpokladu teórie o rekonsolidácii sa spomienky opakovane znovu-ukladajú vždy pri ich vybavení. Preto každé vybavenie spomienky predstavuje možnosť spomienku posilniť v pôvodnej podobe s pôvodnou emocionálnou reakciou (napr. flashback), alebo ju modifikovať vplyvom korektívnej skúsenosti tak, že pôvodná spomienka prestane existovať (Lane et al., 2015). Presnejšie povedané, klient si naďalej pamätá, čo sa stalo, aj ako predtým zvykol reagovať, ale po novom spomínaní už nevyvolá pôvodné automatické emocionálne a fyziologické reakcie, ktoré predtým

boli mimo vôľovej kontroly klienta (Ecker, 2015). Zároveň sa zmení nielen epizodická (autobiografická), ale aj sémantická pamäť (fakty, konštrukty), ktorá je od nej úzko závislá (Lane et al., 2015). K znakom úspešnej transformácie patrí nemožnosť spúšťačmi reaktivovať pôvodné reakcie, vymiznutie symptómov (emocionálnych, telesných a behaviorálnych) a pretrvávanie tohto efektu bez akéhokoľvek ďalšieho úsilia (Ecker et al., 2013). V takomto prípade nové stresory a spúšťače nepredstavujú riziko relapsu. Úspešné terapie, v ktorých klient odchádza nielen bez symptómov, ale posilnený skúsenosťou a s väčšou kapacitou resiliencie, pravdepodobne umožnili práve rekonšolidáciu.

Aby mohol prebehnúť proces rekonšolidácie, je potrebné splniť niekoľko podmienok. Predovšetkým, pamäťová stopa musí byť dostatočne aktivovaná a to v prítomnosti korigujúcej skúsenosti. To znamená, že CNS potrebuje mať dostupné informácie, ktoré sú v nesúlade s očakávaniami a predpokladmi vyplývajúcimi z pôvodnej skúsenosti a ktoré sú prežívané ako živá (emocionálna, nielen intelektuálna) skúsenosť. Tieto korektívne skúsenosti sa musia odohrať v rámci rekonšolidačného okna, kým je pamäťová stopa ešte labilná, čo je cca 5 hodín od reaktívácie. K zmene pritom dôjde len práve na tej pamäťovej stope, ktorá bola aktivovaná (Ecker, 2015).

Terapia EMDR pravdepodobne patrí k tým terapeutickým prístupom, ktoré angažujú mechanizmus rekonšolidácie spomienok (Ecker et al., 2013, Solomon, Shapiro, 2008).

## EMDR

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Spracovanie a desenzitizácia pomocou očných pohybov – je psychotherapeutický prístup, ktorý je postavený na koncepte zážitkovej etiológie psychických a psychosomatických porúch (Shapiro, 2001). Francine Shapiro, autorka EMDR, sa od samotného vzniku tejto terapie snažila o prepojenie teoretického modelu s neurobiologickým výskumom. Od roku 1987, keď účinok očných pohybov objavila, bolo publikovaných mnoho odborných článkov, ktoré skúmali účinnosť a mechanizmus účinku EMDR. Napriek mnohým kontroverziám, v súčasnosti je EMDR akceptovaná ako odporúčaný terapeutický prístup pre PTSP v smerniciach viacerých krajín a inštitúcií, vrátane Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2013) a Americkej psychiatrickej asociácie. Okrem toho dnes mnohé publikácie dokumentujú úspešné použitie EMDR nielen pri samotnej PTSP, ale aj na zvládnutie posttraumatických symptómov pri iných poruchách, napr. psychózach (van den Berg et al., 2015) a tiež pri liečbe najrôznejších zážitkovo podmienených porúch, napr. depresie (Hase et al., 2015), závislosti (Hase et al., 2008).

F. Shapiro postavila EMDR na modeli adaptívneho spracovania informácií. Podľa tohto modelu je naša CNS evolučne vybavená na spracovanie informácií, ktoré z prostredia organizmus zachytáva. Informácie sú zhodnotené a spracované v spojení s informáciami už uloženými v CNS. Výsledkom tohto procesu je integrácia novej skúsenosti do už existujúcej sumy skúseností. V traumatickej situácii sa systém adaptívneho spracovania informácií zablokuje vplyvom extrémneho psycho-

fyziológického nabudenia a informácie, ktoré k situácii patria, zostanú dysfunkčne uložené v CNS. Shapiro predpokladá, že EMDR pomáha znovu naštartovať systém adaptívneho spracovania informácií, a tak facilituje prirodzený proces spracovania, ktorým sa z traumatickej spomienky stáva normálna (nezatažujúca) spomienka (Shapiro, 2001).

#### BILATERÁLNA STIMULÁCIA

Špecifickým prvkom EMDR, ktorý ju odlišuje od iných psychoterapeutických metód, je cielečné použitie očných pohybov alebo iných foriem bilaterálnej stimulácie (BLS). Očné pohyby do pravej a ľavej strany (sledujúc prsty terapeuta), striedavé dotyky na pravú a ľavú ruku klienta, alebo striedavé tóny do pravého a ľavého slúchadla, administrované počas spomínania na traumatickú udalosť, sú považované za jeden z mediátorov terapeutickedy zmeny. Aj keď výskum zatiaľ neponúka presné odpovede, BLS dokázateľne redukuje psychofyziológické nabudenie (Sack et al., 2008; Elofsson et al., 2008), aktivujúc parasympatikus. Výskumné štúdie tiež opakovaned ukazujú, že očné pohyby redukovujú živost a emocionalitu, resp. subjektívnu záťaž stresujúcich spomienok (van den Hout et al., 2011). Nejednoznačné výsledky naznačujú efekt očných pohybov na kognitívnu flexibilitu a epizodickú a sémantickú pamäť. Zhrnutím všetkých známych výskumov sa dostaneme k formulácii niekoľkých hypotéz o mechanizme účinku EMDR, ktoré pravdepodobne pôsobia súčinne v závislosti od rôznych prídavných faktorov. Medzi hlavné hypotézy patrí podobnosť s orientačnou reakciou a REM fázou spánku, zamestnanie pracovnej pamäti a podpora

metakognitívneho uvedomenia, resp. plného uvedomovania (mindfulness, čes. všímavost) (Leeds, 2016).

#### HYPOTÉZY ÚČINKU BLS

Presun zapamätaných informácií medzi amygdalou, hipokampom a prefrontálnou kôrou sa deje napr. aj v spánku, pričom rôzne procesy sa zapájajú pri nonREM a REM spánku. Výsledkom týchto procesov je oslabenie nepodstatných asociačných spojení a posilnenie podstatných, zjednodušenie epizodických spomienok, zabúdanie a obohatenie sémantickej pamäti. Ľudia trpiaci PTSP majú narušený REM spánok a schopnosť ich CNS spracovávať informácie je aj týmto oslabená. Jedna z hypotéz o mechanizme účinku EMDR predpokladá, že BLS (očné pohyby) facilituje proces podobný REM spánku (Ralaus, 2006). Výskumy nedokázali zatiaľ túto hypotézu potvrdiť, hoci niektoré čiastkové zistenia jej dávajú isté opodstatnenie (Stikgold, 2002). Podľa niektorých výskumov očné pohyby podporujú sémantickú flexibilitu, zlepšujú výbavnosť epizodických spomienok, podporujú vzdialenejšie (voľnejšie) asociovanie než v bežnom bdelom stave (podobné snovým asociáciám). Mechanizmy zapojené do spracovania informácií počas REM spánku sú zároveň blízke mechanizmom orientačnej reakcie, na ktorej stojí jedna z najakceptovanejších hypotéz o mechanizme účinku EMDR. Orientačnú reakciu vyvolávajú nové podnety z prostredia (vonkajšieho alebo vnútorného). Po krátkej iniciálnej reakcii alarmu a nabudenia (prípravenosti na detekciu nebezpečenstva a na okamžitú reakciu útoku/úteku) pokračuje v neutrálnom, neohrozujúcom prostredí aktiváciou parasympatiku s psy-

chofyziologickým uvoľnením – javmi, ktoré dokázateľne vznikajú pri BLS. Počas tejto psychofyziologickej relaxácie je CNS otvorejšia novým podnetom a flexibilnejšia v ich spracovaní. V EMDR terapii nástup BLS ihneď po aktivovaní traumatickej spomienky vyprovokuje orientačnú reakciu – BLS pôsobí ako nový podnet z prostredia. Keďže však ide o neutrálny, dokonca predvídateľný podnet, dôjde k prirodzenému uvoľneniu (Schubert et al., 2011; Eloffson et al., 2008). Hoci orientačná reakcia odznieva pomerne rýchlo v dôsledku habituácie, niektorí autori predpokladajú, že ju udržiava prísun nových informácií z vnútorného prostredia (nové asociácie, percepčné, emocionálne a fyziologické prvky spomienok).

Predovšetkým laboratórne výskumy opakovane naznačujú, že BLS, ale aj iné úlohy zamestnávajúce pracovnú pamäť, môžu mať vplyv na redukciu emocionálnej záťaže a živosti negatívnych spomienok (van den Hout et al., 2011). Využíva sa tu skutočnosť, že pracovná pamäť – schopnosť pracovať vo vedomí s viacerými informáciami súčasne – má obmedzenú kapacitu. Ak vystavíme jedinca, ktorý si vybavuje zafažujúcu spomienku, správnej miere a forme konkurujúcich podnetov, pre danú spomienku potom nezostane plná kapacita pozornosti. Výsledkom je zníženie psychofyziologického stresu a subjektívne prežívanej záťaže (Barrowcliff et al., 2004).

## 8 FÁZ TERAPIE EMDR

Hoci objav efektu BLS bol náhodný (Shapiro, 2016), celý proces terapie EMDR tvorí osem fáz a je premyslene štruktúrovaný tak, aby sa dosiahla žiaduca terapeutická zmena. Pri dodržaní správneho postupu je možné

dosiahnuť rekonsolidáciu traumatických spomienok. Shapiro vo svojej novej knihe určenej najmä klientom (čes. Jak se zbavit minulosti, 2016) uvádza, že názov EMDR už je prekonaný, dnes by volila pojem Reprocessing therapy (terapia znovuspracovania, čes. „terapie nově zpracovávající zážitky“, s. 41). Názov sa však už natoľko vžil, že sa rozhodla ho ponechať v pôvodnej podobe. V stručnosti, jednotlivé fázy EMDR terapie sú 1. Anamnéza, 2. Príprava, 3. Zhodnotenie, 4. Desenzitizácia, 5. Inštalácia, 6. Telový test, 7. Záver a 8. Prehodnotenie. Už pri snímaní anamnézy EMDR terapeut využíva predpoklad, že symptómy, ktorými klient trpí, sú znakmi nespracovaných zážitkov z minulosti (s výnimkou geneticky, resp. fyzicky daných obmedzení). Preto anamnéza znamená v podstate odhaľovanie zážitkov, ktoré môžu byť etiologicky spojené s klientovými ťažkosťami a ktoré potrebujú byť spracované v terapii. Príprava má zabezpečiť, aby klient rozumel procesu terapie: terapeut mu vysvetlí model adaptívneho spracovania informácií, zmienené etiologické súvislosti, postup a priebeh terapie a jeho úlohu v procese. Súčasťou prípravy je aj stabilizácia: podpora schopnosti sebaregulácie a rozvoj pozitívnych zážitkov a schopností, ktoré budú potrebné ako zdroje a ciele v kontakte so záťažou. Za štandard sa považuje vytvorenie imaginácie bezpečného miesta, ktorého živé telesné a emočné prežívanie je podporené BLS (Shapiro, 2001). Na záver prípravy je klient inštruovaný, že môže spracovanie v prípade potreby kedykoľvek prerušiť signálom „Stop“. Skrátenou verziou prípravy potom začína aj terapeutické sedenie, na ktorom sa spracováva traumatický zážitok. V priebehu takého sede-

nia prejde terapeut s klientom fázy 3.–7. Na ďalšom sedení nasleduje 8. fáza, Prehodnotenie: návrat k spomienke, otestovanie záťaže, ktorú ešte vyvoláva a rozhodnutie ďalšom postupe.

#### SPRACOVANIE SPOMIENOK

Fázy spracovania v EMDR (3.–7.) zodpovedajú princípom, ktoré sú považované za nevyhnutné pre proces terapeutickú rekonsolidáciu. Predovšetkým nestačí aktivovať pôvodnú spomienku – to môže viesť k retraumatizácii – je nevyhnutné vytvoriť podmienky pre jej modifikáciu. To je výzvou obzvlášť v prípade traumatických spomienok, ktoré sa javia výrazne rezistentné voči zmene. Aby k zmene mohlo dôjsť, CNS potrebuje mať prístup ku korektívnej /adaptívnej informácii, ale zároveň aj vytvoriť naladenie, v ktorom tieto informácie môžu byť integrované s pôvodnou spomienkou. Prvú podmienku spĺňa terapeutický setting (bezpečie, exploração – naladenie na zvedavosť a skúmanie vo vzťahu k vlastnej skúsenosti, pozitívna vzťahová väzba) a vlastné zdroje klienta. Ich vytvorenie je predmetom 2. fázy terapie EMDR, Prípravy. Druhá podmienka – otvorenie CNS pre adaptívne spracovanie informácií – je predmetom rôznych hypotéz o mechanizme účinku. Všeobecným pravidlom sa zdá nutnosť zapojiť súčasne kôrové aj podkôrové štruktúry a tzv. duálna pozornosť – schopnosť venovať pozornosť súčasne traumatickému materiálu aj korektívnej informácii. Pritom je potrebná istá otvorenosť, postoj, ktorým definuje Kabat-Zinn plné uvedomovanie (mindfulness): pozornosť venovaná zámerne v prítomnom okamihu a bez posudzovania (Kabat-Zinn, 2015). V rámci 3. fázy EMDR klient s pomocou

terapeuta oživí v prežívaní jednotlivé aspekty spomienky: perцепčné, emočné, kognitívne a somatické – ako odpovedá na otázky terapeuta, vedome sa zapájajú rôzne oblasti CNS, kôrové aj podkôrové. Zároveň zhodnotí mieru záťaže a silu kognitívnej distorzie (iracionálne negatívne presvedčenie o sebe), ktorá je následkom traumatickej skúsenosti. Stanoví sa tiež základný smer a cieľ v podobe pozitívnej kognície, ktorá by mala nahradiť negatívne presvedčenie o sebe, keď sa podarí spomienku spracovať. Ak predpokladáme, že emocionalita je lateralizovaná v hemisférach – optimistickejšie, konštruktívnejšie emócie v ľavej a pesimistickejšie v pravej (Högberg et al., 2011), zameranie na oba póly kognícií aktivuje obe hemisféry. V 4. fáze dochádza k desenzitizácii a spracovaniu spomienky cez vedomé voľné asociovanie za súčasného vystavenia BLS (napr. klient sleduje pohybujúce sa prsty terapeuta, resp. svetlá, ak sa využíva prístroj na to určený). V prípade potreby terapeut klienta opakovaně vracia k pôvodnej spomienke – ak sa v asociačnom procese dosiahnu stabilné neutrálne, resp. pozitívne asociácie alebo sa príliš odkloní od témy. Klientove celkové nastavenie v zmysle plného uvedomovania sa zdôrazňuje v niekoľkých krokoch. Klient dostal už na začiatku (v 2. fáze) inštrukcie: „V tomto procese nie je nič, čo by sa „malo“. Len mi povedzte čo najpresnejšie o tom, čo sa deje, bez toho, aby ste posudzovali, či by sa to malo diať alebo nie. Nechajte, čokoľvek sa bude diať, nech sa to deje...“. Neskôr v priebehu voľného asociovania je opakovaně povzbudzovaný, aby obsahy vedomia (či už ide o emócie, myšlienky, telesné pocity alebo vnemy) len pozoroval, nechal voľne plynúť. V krátkych prestávkach medzi set-

mi BLS s introspektívnym zameraním pozornosti klient zdelí terapeutovi svoje postrehy. Zapojenie BLS po plnej aktivácii traumatického materiálu spôsobí zmeny v naladení nervovej sústavy v smere k väčšiemu psychofyziologickému uvoľneniu a kognitívnej flexibilitě – čo pravdepodobne znižuje nadmerné nábudenie amygdaly a zvyšuje zapojenie prefrontálneho kortexu. Súhra všetkých týchto procesov môže spustiť a facilitovať proces rekonsolidácie. Keď sa dosiahne úplná redukcia záťaže (SUD, subjektívna miera záťaže, angl. subjective units of disturbance = 0.), prechádza sa do 5. fázy: Inštalácie. Tu sa pozitívne presvedčenie o sebe „ukotví“ v spojení so spomienkou opäť pomocou BLS. Prípadný nespracovaný materiál sa ešte môže vynoriť a dospracovať. Zároveň sa predpokladá, že použitie a podporenie pozitívnej kognície zvyšuje pravdepodobnosť generalizácie na iné zážitky s podobným významom. Shapiro považuje kognície za hlavných „organizátorov“ vnútornej skúsenosti, akési asociačné jadrá, ktoré prepájajú podobné skúsenosti (Shapiro, 2001). Zmena presvedčenia o sebe je po úspešnej desenzitizácii spontánna a prežívaná ako úplne ego-syntónna. Je považovaná za znak úplného spracovania. 6. fáza je telový test, kde klient preskúma podrobne celé telo, ako reaguje pri pomyslení na spomienku – úspešné spracovanie vedie k často pocitom relaxácie a pohody aj pri spomínaní na traumatickú skúsenosť. 7. fáza je záver sedenia. Klient je upozornený na možné pokračovanie procesu (vynáranie nových vhládov, snov, asociácií), v prípade neukončeného spracovania mu terapeut pomôže dosiahnuť psychofyziologickú stabilitu.

Cieľom procesu spracovania v EMDR je

dosiahnuť maximálne vyváženú aktiváciu CNS v podmienkach, keď sú dostupné potrebné korektívne informácie – ak sa to podarí, spustí sa prirodzený sebaúdržavný proces, v ktorom nervová sústava klienta lieči sama seba. Terapeutické intervencie v takom prípade zostávajú minimálne, terapeut je v roli sprievodcu, ktorý pomáha spoluregulovať mieru nábudení – cez spoľahlivý kontakt v bezpečnej vzťahovej väzbe a cez zabezpečenie BLS. V prípade blokovaní v procese, môže pomôcť nasmerovaním pozornosti klienta smerom ku alebo od traumatickej spomienky resp. jej jednotlivých aspektov, alebo upriamením pozornosti k potrebným korektívnym informáciám, ktoré práve klientovi unikajú. Úlohou klienta je byť nehodnotiacim pozorovateľom svojho vnútorného procesu, umožniť ho.

Komplexnejšia traumatizácia a traumatizácia v detstve môže vyžadovať špecifickejšiu a rozsiahlejšiu prípravu v 1. a 2. fáze terapie, kde sa klient učí spoznať vlastné reakcie, emócie a regulovať ich, ako aj budovať nové zdroje a schopnosti (Hofmann, 2006). Špeciálny dôraz na posilnenie zdrojov môže byť zmysluplnou voľbou v liečbe PTSP napr. aj v kontexte humanitárnej pomoci v oblastiach s vysokým výskytom traumatizácie (Steinert et al., 2016).

## ZÁVER

Tento článok predstavuje psychoterapiu traumy z perspektívy neurovied a terapeutického prístupu EMDR. F. Shapiro považuje EMDR za komplexný psychoterapeutický prístup postavený na modeli adaptívneho spracovania informácií, ktorý zodpovedá neurovednému poznaniu a stavia na zážitkovej etiológii duševných porúch.



Táto konceptualizácia, bežná pre mnohých EMDR terapeutov v klinickej praxi, umožňuje využitie EMDR so širokým spektrom klientov bez ohľadu na psychiatrickú diagnózu – všade, kde ťažkosti môžu súvisieť so zafažujúcimi skúsenosťami v klientovej minulosti. To však predpokladá flexibilnejší prístup, než uplatňovanie jednoduchého štandardizovaného a výskumne overeného postupu. Postupne klinická prax vedie k vytváraniu mnohých variantov a špeciálne upravených protokolov (Luber, 2009; Dellucci, 2014, 2016). Výskumy zatiaľ potvrdzujú EMDR ako metódu voľby v terapii PTSP, kde sa javí podobne účinná ako terapie vychádzajúce z KBT (Cusack et al., 2015), pričom dôkazná sila kolíše od slabej po miernu. Kontraindikácie pre použitie EMDR sú relatívne a závisia významne od skúseností a zručností terapeuta. Riziko predstavujú najmä závažné disociatívne poruchy, nestabilizované závislosti a pretrvávajúce sebadeštruktívne správanie.

Aj keď existuje stále veľa bielych miest, kontroverzií a neistôt, zamerali sme sa na tie informácie, ktoré nám môžu uľahčiť pochopenie, čo sa deje s traumatizovanými klientami a ako im môžeme čo najúčinnnejšie pomôcť. Naša klinická skúsenosť ukazuje, že využitie (na riešenie orientovaného) psychotraumatologického modelu terapie (Dellucci, Vojtová, 2012) s dôrazom na psychoedukáciu, stabilizáciu, spracovanie spomienok a integráciu s novou orientáciou do budúcnosti, môže zlepšiť spoluprácu a zvýšiť zapojenie klienta, ako aj zefektívniť liečbu. Aj keď naše metódy môžu zahrnúť overených účinných princípov výrazne ovplyvniť efektívnosť terapie, podstatou stále zostáva stretnutie dvoch ľudských bytostí, ktoré spolu vytvárajú zdieľaný otvorený zve-

davý a súcitný priestor, aby sa mohlo stať prítomným a vedomým to, čo bolí a to, čo lieči.

#### LITERATÚRA

- Barrowcliff A. L., Gray N.S., Freeman T. C. A., MacCulloch M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(2), 325–345.
- Bob, P., Vymětal, J. Psychobiologické reakce na stres a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie* 2005, 101(8), 425–432.
- Careaga M. B. L., Girardi C. E. N., Suchecki D. (2016): Understanding posttraumatic stress disorder through fear conditioning, extinction and reconsolidation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 48–57.
- Dellucci H., Vojtová H. (2012). EMDR Solution Focused. in: Lewiński A., Szczepkowski J., Świtek, T. (Ed.). *Upside down Solution Focused Paradigms – Revolutions and Evolutions*, 111–131.
- Dellucci, H. (2016). *EMDR on stuck cases*. EMDR konferencia, Hág.
- Desmedt A., Marighetto A., Piazza P. V. (2015): Abnormal Fear Memory as a Model for Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 78(5), 290–297.
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(1), 2–46. doi: 10.12744/ijnpt.2015.0002-0046
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2013). A Primer on memory reconsolidation and its psychotherapeutic use as a core process of profound change. *The Neuropsychotherapist*, 1, 82–99.
- Elofsson, U. O. E., von Schéele, B., Theorell, T., Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622–634.
- Frewen P. A., Lanius R. A.: (2006). Toward a Psychobiology of Posttraumatic Self-Dysregulation Reexperiencing, Hyperarousal, Dissocia-

- tion, and Emotional Numbing. *Annals New York Academy of Sciences*, 1071, 110–124.
- Grupe D. W., Heller A. S.: (2016). Brain Imaging Alterations in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Annals*, 46(9), 494–496.
- Hase M., Balmaceda U. M., Hase A., Lehnung M., Tumani V., Huchzermeier Ch., Hofmann A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), e00342.
- Hase, M., Schallmayer, S., Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, post treatment, and 1 month followup. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 170179.
- Hašto J., Vojtová H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty. EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hofmann A. (2006). *EMDR. Terapia posttraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Högborg, G., Nardo, D., Hällström, T., Pagani, M. (2011). Affective psychotherapy in post-traumatic reactions guided by affective neuroscience: memory re-consolidation and play. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 87–96.
- Hopper J. W., Frewen P. A., van der Kolk B. A., Lanius R. A. (2007). Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 713–725.
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Uvědomujte si přítomnost*. Anag.
- Lane, R. D., Ryan L., Nadel L., Greenberg L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1.
- Leeds, A. M. (2016). *A Guide to the Standard EMDR Therapy Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*. Springer Publishing Co.
- Luber, M. (2009). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations*. Springer Publishing Co.
- Nijenhuis, E. R. S. (2014). Ten reasons for conceptualizing and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33(1), 74–106.
- Ralaus, D. (2006): Spracovanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov. *Psychiatria*, 13(3–4), 167–176.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., Phelps, E. A. (2006): Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research – past, present, and future. *Biological Psychiatry*, 60, 376–382.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A. Lamprecht, F., Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1264–71.
- Schubert, S. J., Lee, C. W., Drummond, P. D. (2011). The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (1), 1–11.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Second Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro F. (2016): *Jak se zbavit minulosti*. Anag.
- Solomon R., Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, (4), 315–326.
- Steinert, Ch., Bumke P. J., Hollekamp R. L., Larisch A., Leichsenring F., Mattheß H., Sissokhom S., Sodemann U., Stingl M., Thearom R., Vojtova H., Wöller W., Kruse J. (2016). Treating post-traumatic stress disorder by resource activation in Cambodia. *World Psychiatry*, 15(2), 183–184.
- Stickgold R. (2002). EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology* 58(1), 61–75.

- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel B. M., et al. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Post-traumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259–267.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., Houtveen, J., Leer, A. (2011). EMDR and mindfulness: eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42, 423–431.
- WHO releases guidance on mental health care after trauma. (2013). [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/) stiahnuté 7. 10. 2016.
- Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 14. 10. 2016. Revidované znění došlo 1. 4. 2017, k publikaci přijato 8. 4. 2017.*

## TRAUMA Z POHLEDU BIOSYNTÉZY: OD FRAGMENTACE K INTEGRACI

### Trauma from the biosynthetic standpoint: from fragmentation to intergation

**Yvonna Lucká, Barbora Janečková**

Český institut biosyntézy z.ú., Praha, CZ; e-mail: yvonna.lucka@biosyntheza.cz, barbora.janeckova@biosyntheza.cz

*Psychoterapie. 11 (2), 120–131; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Biosyntéza vznikla jako odezva na téma psychického traumatu, tj. zážitku, který narušuje duševní rovnováhu a fungování člověka. I proto se téma traumatu, možnosti jeho ošetření a práce s traumatizovanými klienty prolíná celým psychoterapeutickým směrem jako červená nit. Zakladatel biosyntézy, David Boadella, pracoval mnoho let s dětmi s vývojovými obtížemi. Snažil se najít osobní zdroje klientů a co nejlépe je využít, což je dalším důležitým aspektem biosyntézy.

Biosyntéza je založena na detailní znalosti morfologie těla, jeho fungování a také na embryologickém vývoji člověka. Současně je ovlivněna analytickou zkušeností Boadelly i jeho inspirací získanou od Reicha. Za nejcennější přínos biosyntézy při péči a léčení traumatu považujeme její důraz na bezpečí klienta a prevenci jeho retraumatizace. Toho je dosaženo především terapeutickými postupy jako je např. detotalizace, specifickými pro biosyntetickou práci.

*Klíčová slova:* trauma, biosyntéza, detotalizace, embryologický model, model životních polí, zvláštní zážitky

#### ABSTRACT:

Biosynthesis arose as a response to the theme of psychological trauma, i.e. an experience which disturbs the mental balance and functioning human being. That is why the topic of trauma, its treatment options and work with traumatized clients runs through Biosynthesis psychotherapy as a central thread. David Boadella, the founder of Biosynthesis, worked for many years with children with developmental difficulties. He worked to find the personal resources of clients and utilise them optimally, which is another important aspect biosynthesis.

Biosynthesis is based on detailed knowledge of the morphology of the body, its functioning and also on human embryological development. At the same time, it's influenced by the analytic experience of Boadella with his inspiration coming from Reich. The most valuable contribution of Biosynthesis in the care and treatment of trauma can be considered its emphasis on client safety and the prevention of retraumatization. This is achieved primarily through therapeutic procedures such as detotalization specific to biosynthetic work.

*Key words:* Trauma, Biosynthesis, detotalization, embryological model, lifefields model, “extraordinary experiences”

## ÚVOD

Naším záměrem není obširně popisovat a vysvětlovat, co je to biosyntéza, jak se utvářela, z jakých zdrojů a inspirací vzešla. To je možné najít v jiných publikacích, které uvádíme na konci článku. Rády bychom poukázaly na některé souvislosti, které ovlivnily biosyntetické pojetí traumatu, a také nabídky nástroje, které se při práci s traumatizovaným klientem osvědčují. Chceme se podělit o to, co může inspirovat i ostatní kolegy. Pro lepší ilustraci některých konceptů dále uvádíme také mikrokazuistiku.

Formování každé metody je ovlivněno kontextem doby, ve které vzniká, reaguje a navazuje na již vzniklé metody, a v neposlední řadě je ovlivněno životem jejího zakladatele. Co se týče životní zkušenosti Davida Boadelly je evidentní, že jeho mnohaletá praxe učitele dětí s poruchami učení a chování obohatila metodu zejména o pozorování distribuce energie a typických poruch a změn v této oblasti. Boadellova osobní zkušenost tragické ztráty 18ti leté dcery ovlivnila biosyntézu napříč celou teorií. Těžká traumatická zkušenost a krize s ní spojená přinesla Boadellovi nejen extrémní a zahlcující prožitky, ale také zkušenost s bojem o návrat zpět k životu. Sám David Boadella říká, že projít takovou zkušeností a zkoumat zdroje naděje, znovuzcelení a návratu do života, byly hlavní motivací k vybudování biosyntetického terapeutického systému. Pozorování vlastního procesu, a později i procesů klientů, vzbudilo jeho zájem o biologické a vegetativní



**Yvonna  
Lucká**

**PhDr., atestovaná psycholožka a psychoterapeutka s třicetiletou praxí. Ve své práci mimo jiné zúročuje svoji téměř desetiletou zkušenost práce v krizovém centru RIAPS, kde působila v různých rolích. Ve své soukromé psychoterapeutické praxi se věnuje především klientům s problematikou traumatu a posttraumatu a klientům s atypickou problematikou. Ve své práci využívá především metodu PBSP a Biosyntézu. Je akreditovaný supervizor ČIS (teaching supervizor) a EAP. Je odborným garantem výukových programů v Remediu. Je zakládajícím členem Českého institutu Biosyntézy, členkou správní rady a senior trenérem International Institut for Biosynthesis v Heidnu. E-mail: yvoluk@gmail.com**

komponenty traumatického šoku, o genetický předpoklad k přežití, samouzdravě a nakonec vedlo k biofilnímu vidění naděje k návratu k celistvosti.

## POHLED NA TRAUMA

Biosyntéza pohlíží na trauma jako na takovou zkušenost, která přesahuje schopnost člověka reagovat na podnět a uchovat si své normální fungování. Působením obvykle vnějšího spouštěče jsou vyraženy biologické a psychické adaptační mechanismy – coping mechanismy. To, co je v tomto pohledu nové a úrodné pro další práci s kli-



**Barbora  
Janečková**

**PhDr., Ph.D., klinická psycholožka a psychoterapeutka. V terapeutické práci ji velmi ovlivnili Albert Pesso a David Boadella. V roce 2007 byla oslovena Davidem Boadellou a Ester Frankel, aby založila v Čechách institut, který bude garantovat, aby psychoterapeutická metoda biosyntéza byla učena podle systému, který vytvořil její zakladatel. Je zakladatelkou Sociální kliniky, předsedkyní Českého institutu biosyntézy a garantem výcviku v biosyntéze pro Českou republiku. Je senior trenérem International Institute of Biosynthesis. E-mail: [barbora.janeckova@biosynthese.cz](mailto:barbora.janeckova@biosynthese.cz)**

entem, je úvaha, že trauma je součástí přirozeného fyziologického procesu, který je nedokončený. Systém člověka není „poškozený“, nýbrž je v nerovnovážném stavu, protože „zamrzl“ ve vysoké aktivaci život zachraňujících instinktivních reakcí. Často můžeme postřehnout, že podstatou tohoto zamrznutí je akutní reakce na stres, která generuje velké množství energie a která je vzápětí zastavena. Odtud se pak odvíjí uchopení traumatu jako stavu, který je vratný. Tím, že spolu s klientem vytvoříme podmínky pro dokončení této „zastavené akce“ podporujeme naději na návrat do normálního fungování a života. Trauma má charakteristické rysy: vedle toho, že skoro vždy jde o působení vnějšího podnětu, je

vnímáno jako extrémně děsivý prožitek, často provázený pocitem bezmoci a neuniknutelnosti. Lidé také referují o prožitku ohrožení psychické či fyzické integrity nebo života samého. Typický je efekt zamrznutí, ztuhnutí, distorze času, derealizace či depersonalizace.

Pro pochopení traumatu a dobře volené kroky péče je třeba rozlišit, zda pečujeme o klienta, který je aktuálně nebo před krátkou dobou postižen šokovým stavem traumatu, tato zkušenost je ojedinělá, nebo jde o někoho, kdo měl tuto zkušenost nedávno, pamatuje si ji a vztahuje ji ke svým potížím a změnám. Nebo naopak, zda bylo trauma zkušeností v historii klienta a v současnosti se projevuje jako posttraumatický syndrom. Je zásadní rozdíl, zda trauma utrpěl dospělý člověk či dítě, zda je to jednorázová zkušenost či zkušenost opakovaná. Na kapacitě dobře zvládnout a projít procesem traumatu se podílejí také předchozí zkušenosti obecně, zejména však zkušenosti se zátěží eventuálně s traumaty v minulosti. Vedle věku jsou důležitými faktory zdravotní stav, dostupnost podpůrných zdrojů a vztahů, obecný postoj k traumatu a dostupnost dobré péče v sociálních a zdravotních sítích.

#### EMBRYOLOGICKÝ MODEL

Jeden z pohledů, který trefně postihuje vývoj člověka, fungování jeho systému jako celku a jeho poruch, vychází z embryologického konceptu. Oplozené vajíčko, které splynulo se spermatem obsahuje již vše. Je nositelem nezměrné míry informací, velmi rychle se vyvíjí a diferencuje do tří zárodečných listů – endoderm, mezoderm, ektoderm.

*Endoderm*, dává základ orgánům „uvnitř

těla“, které se podílejí na trávení, receptivitě živin a souvisí s vegetativním „mozkem“ a jsou podkladem pro tělově emoční receptivitu.

**Mezoderm** se diferencuje v orgány, které souvisí s pohybem, schopností stát i „ustát“ situace a čelit jim. Souvisí se schopností distribuovat tonus a sílu a je předpokladem pro fyzické konání.

**Ektoderm** se rozvíjí v mozek a smysly, které nám umožňují vnímat podněty z okolí, třídit je a dávat do souvislostí. Vědomí, které reflektuje a organizuje a dává našemu vnitřnímu prostoru strukturu a soudržnost.

Zvláštní pozornost věnuje biosyntéza samému středu tohoto obdivuhodného procesu zrození a růstu. Označuje tuto kvalitu za **esenci**, místo, ze kterého můžeme čerpat zdroj, inspiraci a sílu. Myslí tím nejen genetickou informaci, ale i regenerační a sebeúdravnou buněčnou sílu. Pohlíží také na toto „uvnitř“ i jako na hodnotové a přesahující kvality, ke kterým se vztahujeme a ke kterým celoživotně směřujeme a vrůstáme – ať už to pro každého z nás reprezentuje cokoli...

Biosyntéza pozorně sleduje vývojové zákonitosti prenatalního vývoje a odvozuje pojem „zdravého“ fungování kvality od přiměřené souhry těchto zárodečných listů. To, jak na sebe navazují, vzájemně se v růstu podporují a sdílí společnou buněčnou pulzaci. I dlouho poté, co jsme opustili lůno matky a vedeme život, který vývojem směřuje k rozvoji, separaci a autonomizaci, je kvalita našeho života ovlivňovaná tím, jak jednotlivé aspekty našeho bytí a prožívání na sebe navazují a přispívají k prožitku celistvosti. Toto je podstata biosyntetického pohledu na traumatický proces. Jestliže

člověk čelí podnětu, který je subjektivně vnímán jako přesahující, naše adaptační mechanismy dochází k fragmentaci, roztržení na části. Jednotlivé vrstvy se mohou dostat do šoku, nespolupracují a energie se má tendenci nestejně distribuovat – někde schází, někde přebývá. To se projevuje i na vegetativní úrovni, což je jeden z typických příznaků traumatického prožívání.

### TRAUMATICKÝ PODNĚT

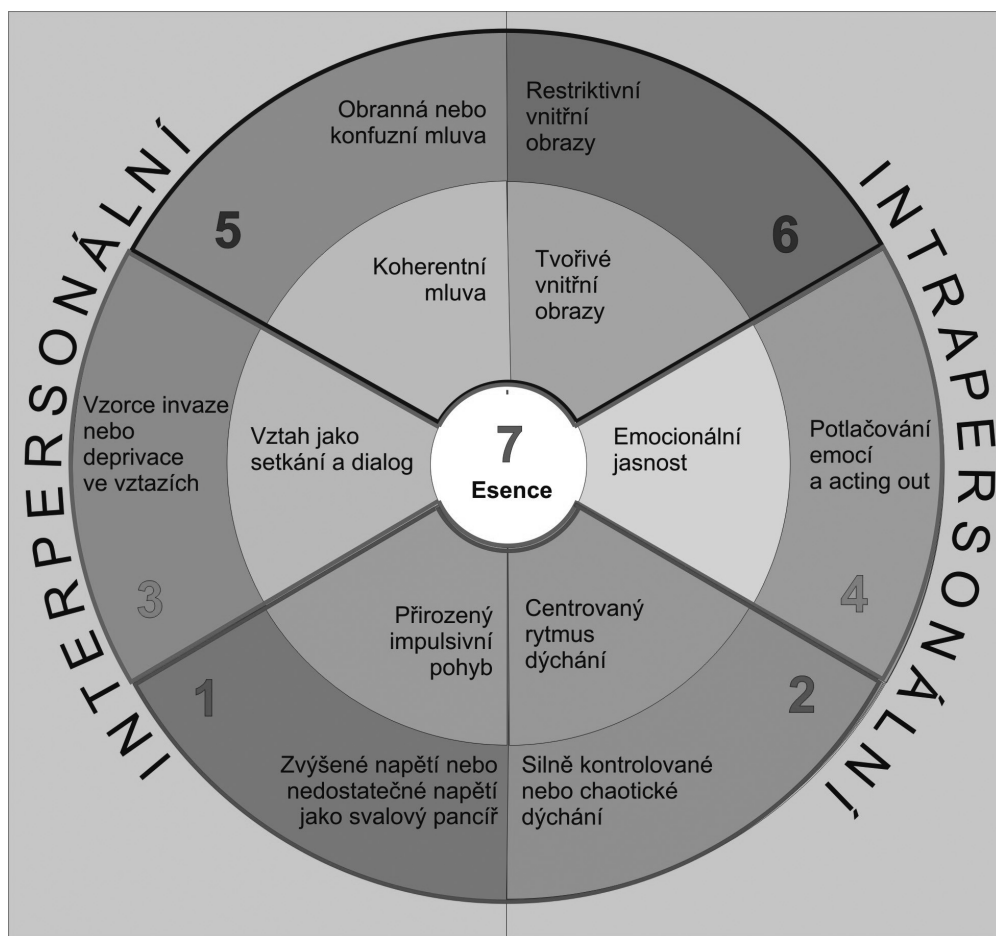
Další rovinnou traumatické reakce je fakt, že subjektivní ohrožení života uvádí v pohyb na udržení života nastavené instinkty, protože uchování života je v tu chvíli prioritou. Ať už dojde k jakékoli nerovnováze, šoku, zástavě pulzace energie, vychází biosyntéza z předpokladu, že tento stav je přechodný a dočasný. Tendence návratu k původnímu fungování je velmi silná a možná. Podstata není zničená a narušená, jde jen o vratnou poruchu funkce. Některé spouštěče traumatických reakcí jsou všeobecně známé a „pochopitelné“. Naše dlouholetá praxe na krizovém pracovišti nás poučila o tom, že traumatizující dopad mohou mít také zážitky, které tak samozřejmě s traumatem nespojujeme. Jde například o diagnostické postupy či zákroky ORL nebo gynekologické – zejména v dětství, operace v narkóze, vysoké teploty či intoxikace se změnou percepce, omezení hybnosti, ztráta smyslové kapacity. Biosyntéza zdůrazňuje individuální odlišnosti reakce na spouštěč. Etika biosyntetické práce spočívá v tom, že neposuzuje, zda podnět je nebo není možným traumatogemem. Podstatné je prožívání klienta.

## MODEL ŽIVOTNÍCH POLÍ

Biosyntéza nabízí několik modelů, které se při práci s traumatizovaným klientem velmi osvědčují. I když jde o zjednodušení, právě při práci s traumatizovaným klientem může být velmi nápomocný tento nástroj, který poskytuje několik benefitů. Jedním z nich je Model životních polí (Lifefields model).

Diagram zobrazuje životní pole, která vedou k sedmi základním terapeutickým pracovním prostorům a k širokému spektru pracovních metod. Každá ze šesti vnějších

částí diagramu popisuje pulzující „zdravé“ životní pole. Uzavřená pozice je ve vnějším kruhu a otevřená ve vnitřním. Vnitřní kruh se těsně pojí s centrem, které představuje esenci jedince. Esenci biosyntéza vnímá jako energii, ve které jsou – mimo jiné – obsaženy také všechny sebeúzdavné možnosti člověka. Biosyntetická terapie pracuje s překonáváním překážek vnějšího kruhu, přičemž se začíná s nejlépe přístupnou částí, s cílem dosáhnout vnitřního kruhu. Zde se části navzájem pevněji pojí, a odtud se dosahuje středu.





Při horizontálním pohledu na diagram se objeví tři zóny:

- spodní zóna spojování (tělově-energetické spojení: 1+2), také možno vidět jako mezoderm
- střední zóna kontaktu (kanály vztahu a emočního vyjádření: 3+4), endoderm
- vrchní zóna kontextu (verbální a vizuální formy zážitku: 5+6), ektoderm

Rozdělíme-li diagram vertikálně, můžeme rozlišit mezi levými částmi, které jsou interpersonální, a intrapersonálními částmi napravo. Obě části se vzájemně ovlivňují a obklopují transpersonální jádrové já – esenci. Cílem práce je co nejvíce podpořit procesy a kvality tohoto esenciálního jádra, které je zdrojem vnitřní síly, výživy a léčení na fyzické, psychologické a duchovní úrovni.

Akutně traumatizovaný člověk obvykle jeví nápadné, často rychlé změny ve všech svých životních polích. V dolním mezodermálním kvadrantu, který se týká dechu a svalového napětí, můžeme rychle posoudit, jak klient dýchá a jakým způsobem se pohybuje. Častá je změna směrem k chaotickému, povrchnímu dechu, jindy klient hyperventiluje, nebo naopak nemůže dech popadnout, má stažené hrdlo, sípe. Druhá část tohoto kvadrantu si všímá pohybu a jeho koordinace. Traumatem zasažený klient může být pohybově ochromený, kolabovaný či nekoordinovaný, jindy mohou být jeho pohyby chaotické, bezúčelné. Ve 3. a 4. kvadrantu (endodermu) se trauma projevuje vymizením emocí nebo chaotickým prožíváním a zahlcením emocemi. V akutní fázi se často objeví nepřiléhavé emoce, například smích v tragické situaci. Totéž pak

můžeme sledovat v kontaktu s vnějším světem. Klient může svou schopnost vztahovat se a komunikovat s druhými lidmi zcela ztratit a stáhnout se do sebe, jindy se projeví regresní příklon, nerespektování osobních hranic na rovině těla, verbální zahlcování.

Horní kvadranty (ektoderm) si všímají kvalit řeči, schopnosti formulovat, reflektovat situaci, porozumět situaci a kontextu. I zde se může projevit zcela vymizení řeči, nebo ztráta logické struktury sdíleného, pocity nevyslovitelného a nesdílitelného dojmu, obavy „teď se zblázním“. Druhý aspekt ektodermu postihuje naši schopnost uchopit situaci. „Být v obraze“, předjímat co bude. V traumatických situacích typicky dominují katastrofické obsahy a vize, téměř vymizí pozitivní obrazy, které vedou k řešení a návratu k rovnováze. Tady se také rodí pocity viny, související s neschopností reagovat tak, jak by si klient přál a které pro traumatické zamrznutí nemůže naplnit.

Tento model můžeme použít jak pro klienta a jeho orientaci v nastalé situaci, tak pro terapeuta pro rychlou diagnostiku situace. Terapeut sleduje, jak jsou narušeny funkce klienta v jednotlivých výsečích, a udělá si jasnější představu o míře zasažení klienta traumatem. Důležité na biosyntetickém přístupu je, že nezaměřujeme pozornost pouze na to, co momentálně není k dispozici, kde schází splavnost, kooperace a pulzace. Začínáme pracovat v místě, které je zasaženo nejméně. Nezasazené místo můžeme při práci s klientem využít pro nejsnazší kontaktování kvalit esence, a tím se spojit se sebeúzdavnou schopností klienta.

## PRAKTICKÉ VYUŽITÍ MODELU ŽIVOTNÍCH POLÍ

Pravidlo zní: začněte pracovat tam, kde klient prosperuje nejlépe.

Vidíte klienta, který má potíže s dechem, svalovým tonem a pohybovou koordinací, ale je schopen verbálního kontaktu? Navazujte na verbální kontakt, podporujte ektodermální funkce. Vidíte klienta, který není schopen mluvit, je emočně zaplavený, spontánně hledá způsob, jak se tělově ukotvit? Rozvíjejte kontakt s tělem, nabízejte jednoduché cesty, jak stabilizovat dech a vnímání tělového schématu.

Pohled na model životních polí může doplňovat porozumění dynamice procesu akutního traumatu z hlediska fungování mozku a z toho vyplývající řetězení instinktivních reakcí. Spouštěč vyvolá silné rozrušení, aktivaci a okamžitou tendenci tuto energii investovat do útoku či útěku. Rozhodující je okamžik, kdy se tuto energetickou proměnu nedaří uskutečnit – člověk nemůže utíkat, křičet o pomoc a zažívá hrozivý pocit, obsahující prvky disociace, které se stávají součástí **zamrznutí**. Tento cyklus je normální adaptační reakcí na ohrožení. Mnoho zvířat tuto reakci „stavěti se mrtvým“ pro záchranu života využívá. Nevýhoda lidí je reflexe tohoto procesu. Výsledkem pak může být nesnesitelné napětí mezi obrazně řečeno naplnou sešlápnutým pedálem plynu a pedálem brzdy. Není-li zadržovaná energie v prvních fázích zkušenosti vypuštěna, může tato zbytková energie vytvářet symptomy, které souvisí se snahou organismu o abreakci a uklidnění. Proto je tak důležité věnovat dobrou akutní péči zasaženým lidem – je to nejproduktivnější prevence rozvoje pozdějšího posttraumatického vývoje.

## AKUTNÍ ŠOKOVÝ STAV<sup>1</sup>

Biosyntéza nabízí několik praktických postupů v situaci akutního šokového stavu. Co pomáhá? Především uzemnění energie rozrušení a podpora pružné síly instinktů, například dechu a třesu. Přerušování propojení mezi rozrušením a znehýbnujícím strachem. Návrat či zvýšení osobní kompetence v tělové, emoční a významové rovině. A to vše velmi malými, postupnými kroky, obalenými srozumitelnou komunikací a podporou porozuměním.

Pro ilustraci ve výcviku používáme tento obraz: představte si osobu, která utrpěla nějaký úraz, např. vážnější úraz při pádu z kola, kterého jste přítomni. Co uděláte? Vedle přivolání odborné pomoci je vhodné udržovat stabilizaci – nehýbat s ní, starat se o pohodlí, teplo atd. Snižte své těžiště ke klientovi. Je dobré člověka ubezpečit, že jste s ním a neopustíte ho. Odhadněte, zda je klient receptivní k dotyku a eventuálně nabídněte dotek na bezpečném místě – ruka, vnější hřbet paže, rameno. Jemným kontaktem ohraničujte a brzděte tendenci k chaotickému pohybu, jenž může překrýt nastupující podpurné vypouštění energie, které má tendenci nastupovat obvykle za několik minut v podobě třesu. Ten vítějte, pozitivně rámuje („to je pro vás dobré, nechte to projevit“).

Ptejte se na jednoduché projevy. Je vám teplo? Zima? Potvrďte, že tato reakce je normální. Bolí vás něco? Co se děje v těle?

<sup>1</sup> Velmi užitečná a zajímavá kniha týkající se šokových stavů a práce s nimi – na kterou se nejen odkazujeme, ale doporučujeme i pro všechny, kteří pracují s těmito stavy, je kniha Levine, P. A., Frederick, A. – Probuzení tygra. Léčení traumatu, viz Další zdroje.

Propojte vlny třesu se změnami, které po vlně přijdou – teplo, uvolnění, chlad – ústup bolesti. Pro nastartování vypouštění vysoké energie je rozhodujících prvních 20 minut. Máte-li možnost provázet člověka dále (např. je-li to někdo blízký a zdravotní stav umožňuje vrátit se domů), informujte zasaženého, že je běžné, že se stavy třesu, horka, chladu, budou ve vlnách objevovat ještě nějakou dobu, a je to příznivý úkaz. Nenechte první noc člověka o samotě. Doporučte mu vzít si nějaký volný čas pro sebe, sdílet objevující se emoce. Všechny emoce jsou v pořádku. Umožněte mu také „znovupřežívání“ situace, neboť to zceluje reflexi celé situace.

Pomáhejte otázkami v tomto pořadí:

Co bylo před událostí?

Co bylo po události?

Co bylo těsně před událostí?

Co si pamatuješ jako poslední před tím, než se to stalo?

Tento postup umožňuje jednak navazovat kognitivní kontinuitu, zároveň pomáhá z ještě dostupné mysli vynořit a odreagovat podněty, které by se mohly v budoucnu stát spouštěčem flashbacků. Počítejte s tím, že se při hovoru mohou kdykoliv objevit znovu tělové příznaky, reflektujte je, vítejte je a dávejte je do pozitivního rámce. Současně se mohou vynořit složitější emoce, například pocity viny. Vše dávejte do rámce „normální pocit v nenormální situaci“. Nespěchejte, dávejte čas člověku na klidné bytí a nicnedělání, nepečujte příliš. Podporujte jemný pohyb, dech a podporujte klidnou autonomii člověka. Totéž platí pro provázení dětí. Jen proces vypouštění může být rychlejší. Někdy děti uprostřed procesu

usnou. Nebudte je, ale buďte po ruce, až se dítě probudí. Buďte si vědomi své mimiky a kvality hlasu, děti reagují převážně zrcadlením. Mluvte srozumitelně. Netlačte otázkami typu: Jak se to stalo? Odpusťte si – zejména v rodičovské roli – poznámky typu: „Kolikrát jsem ti říkala, že tam nemáš lézt?“

Děti odpouští svoji energii hrou. Pozorujte, zda má hra převážně abreaktivní, uklidňující kvalitu, nebo naopak rozrušující – pak převedte pozornost k jiné činnosti.

#### POSTTRAUMATICKÝ SYNDROM

Pokud není akutní fáze zasažení traumatem adekvátně provázena a opečována (jak odborně či sociálním okolím), může přejít do dlouhodobých symptomů, které se objevují se zpožděním několika týdnů, měsíců i let. Jde o psychosomatické potíže všeho druhu, snížený zájem o život, pocity izolace a derealizace, sebepoškozování, chronická únava, sebevražedné fantazie či pokusy, potíže s imunitou. Komplikující okolností je fakt, že v této době již klienti nemusí reflektovat spojitost mezi spouštěčem a obtížemi. Do terapie je pak přivádí symptomy a zhoršená kvalita života. Nejčastěji jde o poruchy distribuce energie směrem k pře-dráždění až hyperaktivitě, či naopak únava, apatie, skleslost. K tomu často přiléhají psychosomatické obtíže všeho druhu. Časté jsou potíže se znovuprožíváním a vyhýbavým chováním, s neschopností dokončovat dílo a dostát běžným nárokům v práci a v rodinných rolích, strach z intimity, změny v sexuální apetenci, pocity vyčerpanosti, flashbaky, pláč.

Důležitý zdroj poznání se nachází v pohádkách, bájích, eposech i v orálně předávané zkušenosti. Některé z nich bychom

mohli kvalifikovat na odborné „průvodce ve věcech traumatu“. Stojí za to, přečíst si znovu pohádku o Zlatovlásce, kde lidová moudrost popisuje podstatu traumatu a kudy na něj. V léčení traumatu jde vždy o znovunastolení celistvosti. Hrdina (nositel pozitivní vize) je těmi „zlými“ rozčtvrcen nebo rozsekán na kusy. Pak se objevuje fenomén mrtvé a živé vody. Ti, kteří nejsou moudří nevědí, jak se s těmito dary zachází a ve snaze oživit polévají ty rozsekané živou vodou, dokud ji celou nevykropí. Tím se ale nic nezmění. Ti „moudří“ kropí nejprve mrtvou vodou, aby to, co bylo rozsekáno, mohlo srůst, a teprve pak kropí ty srostlé vodou živou, aby obživli. Tato metafora dobře postihuje porozumění a postoj biosyntézy k léčení traumatu. Pochopit a poznat moment fragmentace, netlačit na obnovení fungování předčasně, ale dát čas na srůstání a znovupropojování. Tak, aby se opět mohla rozproudit pulzace.

#### DETOTALIZACE

Práce s traumatizovanými klienty vyžaduje od terapeutů dobrou schopnost rozeznat, že jde o trauma, rozeznat míru fragmentace, umět ji bezpečně podporovat v pozvolném srůstání a nic neuspěchat. Netlačit na změny, volit bezpečné a často velmi malé kroky.

Biosyntéza nepracuje na rozdíl od bioenergetiky u traumatizovaných klientů s abreakcí. Pracuje s těmi informacemi, které klient nabízí. Nevěří, že musíme vědět víc a detailně, abychom mohli klientovi pomoci. Terapeut je veden k tomu, aby uměl reflektovat a limitovat fascinaci tématem traumatu a vytvářel pro klienta co nejbezpečnější prostředí. Podobně biosyntéza pohlíží na emoční obsahy, které

klient přináší. Pracuje s nimi s respektem a důrazem na bezpečí, vede klienta k reflexi emocí, propracovává kontext a rozšiřuje pochopení a uchopení. U traumatizovaných klientů klade důraz na přiměřenou edukaci o zákonitostech traumatu. Často tak redukuje úzkost, pocity viny a dezorientaci klienta. Přispívá k možnosti zlepšení sebeobrazu a přijetí sama sebe. Na energetické úrovni se často mohou objevit tendence k vybití nashromážděné vysoké energie, hněvu, zuřivosti a podobně. Biosyntéza předpokládá, že takové odreagování sice může přinést částečnou úlevu, ale vidí riziko v prožitku ztráty kontroly nad vlastními impulzy. To se může projevit vegetativním, emočním i kognitivním zaplavením, které pak působí sekundární traumatizaci a potvrzení stavu zamrznutí. V takových případech proto biosyntéza pracuje s nástrojem, který nazývá **detotalizace**.

Biosyntéza zde v prvním kroku hledá kontakt s ektodermem klienta, tj. s kognitivní a reflektující složkou jeho mysli, a vytváří kontrakt, ve kterém může minimalisticky, kontrolovaně, a proto bezpečně, projevit své tendence. Například, když klient začne jevit rozrušení a má chuť někoho uhodit, terapeut s ním napřed prozkoumává, koho by chtěl uhodit, jak by to vypadalo, jak moc by ho chtěl uhodit, proč, a pak s ním udělá dohodu, že například 1x nebo 2x udeří pěstí do polštáře. Pak dá čas na integraci a reflexi a ocení klientovu schopnost regulovat svou tendenci. Někdy klient kreativně mění kontrakt, například dojde k tomu, že nepotřebuje udeřit, ale zakřičet, eventuálně projevit svůj hněv jinak. Pak je možné utvořit další detotalizující kontrakt pro svoje vyjádření. Detotalizace je jeden z typických a velmi účinných pro-

středků jak propojit ektodermální, mezodermální a endodermální složky a umožnit tak flow energie.

Pro práci s traumatizovanými klienty biosyntéza doporučuje: klient by měl vždy vědět, co se teď děje a proč. Měl by mít po zážitku dostatečný čas na integraci a kognitivní uchopení prožitého. Klienti bývají udiveni, jak i velmi malá akce v detotalizačním rámci silně ovlivňuje tělové prožívání a úroveň jejich energie.

#### KAZUISTIKA

*Ženě v dlouhodobé terapii se vybavil zážitek hospitalizace v adolescenci, kdy byla vyšetřena gynekologicky nejen lékařem, ale proti své vůli i několika mediky. Vybavila si, že chtěla křičet a kopat a místo toho ztuhla a nemohla po vyšetření ani slézt ze stolu a někdo z mediků se jí smál. Během sezení se jí zmocnil afekt a zaplavující pocit studu. Začala být neklidná, přešlapovala a sdělovala, že má chuť všechno tady rozkopat, kopat do zdi, prokopnout jí a křičet. Sama byla zaskočena mírou svého afektu a děsila ji její síla. Terapeutka jí nejprve rychle pomohla propojit pocity a impulzy s minulou zkušeností a podpořila ji, aby mohla bezpečně vyjádřit to, co se hrnulo ven. Vytvořili tento kontrakt: pevná molitanová matrace opřená o zeď umožnila klientce 3x větší silou kopnout do matrace. Po tomto zážitku klientka sama přišla s tím, že by to chtěla zkusit v leže nohama proti matraci u zdi. Kontrakt zněl 3x naplno kopni s výdechem. Po této akci asi 20 minut terapeutka s klientkou sledovala, co se děje v těle, jak se mění pocity, jak se mění dech, jaké obrazy se vynořují. Po dohodě s terapeutkou klientka toto opakovala ještě jednou, tentokrát s hlasem. Pro klientku byl tento zážitek přelomovou zkušeností*

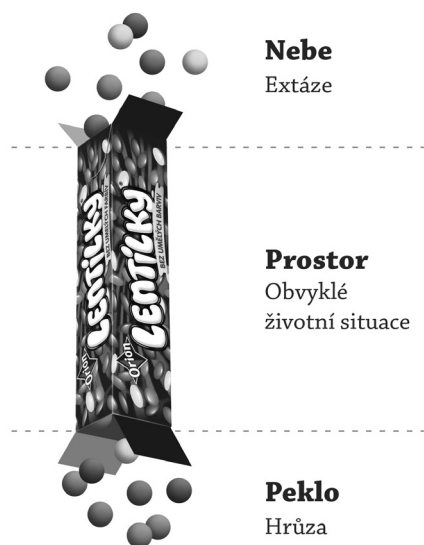
*v dlouhodobé terapii. Pomohl jí pochopit a integrovat návaly zlosti, kterými klientka až dosud trpěla, kdykoli na ni někdo vyvíjel tlak.*

#### TRAUMA A ZVLÁŠTNÍ ZÁŽITKY

Je celkem běžnou lidskou zkušeností, že je prožitek zamrznutí provázen velmi zvláštními pocity. Část lidí zažívá derealizaci a depersonalizaci na tělové úrovni, lidé vypovídají o tak zvláštních pocitech jako je zmražení, extrémní pocit chladu (krve by se ve mě nedořezal) nebo naopak horka (tělo jako v ohni), časté jsou ale i psychologické fenomény, například lidé vidí a slyší věci, které objektivně v jejich poli nejsou, zažívají náhlé silné intuitivní vnímání apod. I v rodinách se často traduje, že traumatické zkušenosti bývají některými členy předem vnímány a není nouze o zkušenosti, které přesahují běžné lidské vnímání. Od lidí, kteří prošli extrémní zkušeností, máme informace, že takové zážitky nejsou výjimkou, na druhou stranu se často bojí a zdráhají o nich mluvit. Spolu s prožitky depersonalizace mohou svůj stav s obavou vnímat jako „zbláznění se“.

Biosyntetický přístup dává prostor pro vyjádření těchto zvláštních zážitků a spolu s dobrou edukací může přispět k dobré integraci a jejich přijetí. Pro snadnější uchopení těchto zážitků klienty můžeme použít příměr „komínu“. Jestliže si představíme – viz obrázek – obvyklý životní prostor ve kterém se pohybujeme – jedná se o prostor, který můžeme dobře obejmout svým egem. Můžeme popsat prostor nad touto obvyklou „rourou“ jako prostor, ve kterém se můžeme v situaci náhlého podnětu ocitnout, a právě takový prostor je i dole pod tímto obvyklým životním prostorem.

Pro některé klienty se hodí příměr komína



alias tuby od lentilek, ve kterém lentilky – naše psychologické obsahy – jsou dobře pohromadě, ale v situaci působení silného traumatogenu může dojít ke dvěma typům změn. Jedno můžeme metaforicky nazvat jako situaci, kdy víčko nadskočí a lentilky mají tendenci se vysypat směrem nahoru. Lidé pak často zažívají náhlou úlevu, odhmotnění, lehkost, jako by se octli v nebi. Někdy mohou mít zážitky přítomnosti spirituálních bytostí, andělů, svatých, takže z úleku a šoku se ocitnou v krásném fascinujícím prostředí nebo místě. Někteří klienti to popisují jako zážitek úletu a pozdější neochotu vrátit se zpátky do reality, kde to bolí a něco to od nás vyžaduje. Může se stát, že podnět, který byl původně hrozivý, navodí euforický zážitek, který je pochopen jako spirituální. Původní spouštěč je vytěsněn a může se objevovat snaha dostat se do tohoto prostoru znovu a znovu. Původní traumatogen tak přispívá k chování, které navozuje tyto pocity. Může to být alko-

hol nebo jakýkoli prostředek měnící vnímání.

Druhý typ zkušenosti, které nás vymístí z obvyklého životního prostoru, může být situace, kdy se takzvaně propadne dno krabičky a kdy se člověk propadne do strašidelného prostoru plného katastrofických scénářů a vizí. Jestliže se „lentilky“ sypou tímto směrem, návrat do obvyklého životního prostoru je obtížný. Tato pekelná místa se mohou měnit v nebeská a obráceně. Zejména zde může být velmi nápomocná bezpečná práce s tělem krok po kroku. Dobrým výsledkem je znovupřijetí běžných životních úkolů a odpoutání od fascinace prostoru „nad“ i „pod“. Naopak přimknutí se k jedné či druhé poloze a budování identity mimo obvyklý životní prostor a fyzické tělo na základě traumatogenu může být velkou přítěží na cestě k celistvosti a zralosti.

#### KAZUISTIKA

*Muž mladšího středního věku přichází s prosbou o pomoc k terapeutce, protože se domnívá, že je duševně nemocný a chce kontakt na psychiatra. Během dovolené v horách na Kavkazu se po hádce se skupinou oddělil a rozhodl se na vlastní pěst sejít do údolí. Po několika hodinách cesty zabloudil a ztratil se v neznámém prostředí. Setmělo se, byl v hustém lese, všude okolo tušil mnoho zvěře. Bylo mu zima, měl hlad a propadl zoufalství. Nakonec si sedl na kámen a došlo mu, že může také přijít o život, měl pocit, že se pomalu blíží konec. Možná na chvíli usnul a probral se s pocitem, že se na něj někdo dívá. Uviděl paní v modrých šatech, která se na něj nekonečně laskavě usmívala. Zalilo ho teplo a beze slov dostal zprávu, kudy má jít. Jako by z něj všechno spadlo. Měl pocit, že se v lese rozsvítilo,*

z paní vycházelo teplé světlo. Prodral se houštím nabídnutým směrem a za chvíli našel sestupovou cestu. Pokaždé, když si nebyl jistý kam jít dál, objevila se ta paní a on hned věděl kudy jít. Osvěženě a lehkým krokem došel do údolí.

Když se terapeutka doptávala, co je za tím, že potřebuje léčení, eventuálně psychofarmaka, vyllynulo, že se muž domnívá, že to co zažil může být příznak začínajícího duševního onemocnění. Pak se objevil pocit strachu, že se tento krásný obraz už nikdy neobjeví a že po něm touží. Terapeutka měla stále pocit, že je ještě něco co klient neříká. Když se ho zeptala, klient řekl, že je to celé absurdní a šílené. Vysvitlo, že klient je žid vychovaný v židovské víře a že je neodvratitelně přesvědčen, že ona paní byla Panna Marie. Klient říká: „Umíte si představit tu absurditu? Tohle nemohu nikomu říct. Následovala salva smíchu.“

Ve zbytku času se ukázala jako velmi užitečná edukace klienta. Ta se týkala toho, že to může být obvyklý zážitek v neobvyklé situaci. Tato edukace pomohla celý zážitek normalizovat. Z biosyntetického hlediska je nesmírně důležité neposuzovat a neinterpretovat reálnost nebo nereálnost takového zážitku. Zároveň zásada je neglorifikovat a nebýt fascinován takovou zkušeností. Zásadní je dobrá integrace takového zážitku do běžného života klienta. Integrace zážitku probíhá pomocí integrace na tělové úrovni. Proto jsme věnovali pozornost tělové vzpomínce tohoto prožitku, jak teplo a pocit ochrany pomohly se spojit s vnitřní silou

a vzpomínkou na dobrou mateřskou oporu, kterou zažíval jako dítě. A zároveň toto propracování na tělové úrovni pomohlo lepšímu propojení s vnitřním zážitkem esence. Klient odcházel s dobrým uzemněním, pocitem, že mu to dává smysl, s možností podržet si humorný nadhled nad kontextem zážitku a zcela ho opustila obava, že buď je duševně nemocný a musí se léčit, nebo že se má obrátit na křesťanskou víru.

### ZÁVĚR

Co říci závěrem? Jsme si vědomi toho, že jsme se v článku dotkly tématu traumatu z pohledu biosyntézy jen v nejhrubších obrysech. Představily jsme některé základní koncepty jako např. model Životních polí, Detotalizaci a práci s traumatem a „zvláštními“ zážitky. Téma by si jistě zasloužilo podrobnější a pečlivější uchopení, například věnování pozornosti přenosovým a protipřenosovým mechanismům a transgeneračnímu traumatu.

### DALŠÍ ZDROJE:

- Boadella, D. 2013. Životní proudy. Praha: Triton.  
 Boadella, D. a kol. 2012. Biosyntéza. Výbor z textů. Praha: Grada.  
 Boadella, D., Correa, M., Frankel, E. 2009. Biosyntéza. Výběr z textů. Praha: Triton.  
 Levine, P. A., Frederick, A. 2011. Probouzení tygra. Léčení traumatu. Praha: Maitrea.

Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 1. 3. 2017. Revidované znění došlo 28. 3. 2017, k publikaci přijato 4. 4. 2017.

## NAVOZENÍ BEZPEČÍ JAKO KLÍČOVÝ MOMENT V TERAPII POLYTRAUMATIZOVANÝCH DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

### “Safety building” as a key moment in therapy of polytraumatized children and adolescents

MUDr. Jana Schmidtová<sup>1,2</sup>, PhDr. Petr Štěpánek PhD<sup>1</sup>, Prof. PhDr. Ivo Čermák CSc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psychologický ústav AV ČR, Brno, CZ

<sup>2</sup> ADITEA Praha, CZ

*Psychoterapie. 11 (2), 132–147; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT

Děti, které jsou viktimizovány v důsledku své zkušenosti s interpersonálním násilím, často bývají zaplaveny emocemi, hůře se soustředí a prožívají disociovaně. Jejich rodiče či pečovatelé nejsou pak zdrojem útěchy a bezpečí, ale nepředvídatelného nebezpečí, násilí a týrání, které u dětí vyvolávají pocity zrady, extrémního studu, bezmoci, ohrožení, intenzivního strachu, vzteku. Jádrem traumatického stresu je zhroucení schopnosti regulace vnitřního prožívání. V úvodní fázi léčby je nutné upřednostnit stabilizaci zdravotního stavu před dalšími psychoterapeutickými intervencemi. Klíčovým momentem psychoterapie traumatu je tvorba bezpečného terapeutického vztahu, což klade na psychoterapeuta vysoké nároky a zároveň sebou nese mnohá úskalí. V zájmu posílení pocitu bezpečí a jistoty klienta by terapeut do svého chování měl zahrnout především tyto složky integrativní léčby komplexního traumatu: neměl by být intruzivní, měl by klienta otevřeně chválit, měl by být spolehlivý, stabilní a transparentní. Součástí léčby komplexního / vývojového traumatu je také terapeutická expozice, tj.

proces, během kterého je klient vystaven vzpomínkám na traumatickou událost v takové míře, dokud nedojde k desenzibilizaci emocí. Terapeutické okno v rámci léčby představuje hypotetické „místo“, kde bude terapeutická intervence pravděpodobně neúčinnější. Navození důvěry a bezpečí v terapeutickém vztahu umožňuje zahájení funkční terapeutické práce, ve které posléze může dojít k verbalizaci ohrožujících traumatických zkušeností, jejich reflexi a následně ke zpětnému včlenění do životní zkušenosti.

*Klíčová slova:* psychoterapie zaměřená na trauma, terapeutická titrovaná expozice, terapeutické okno, polytraumatizace, Komplexní PTSP, Vývojová traumatická porucha.

#### ABSTRACT

Children who are victimized as a result of their experience with interpersonal violence are often overwhelmed by emotions, they have difficulties with concentration and are dissociated. Thus, their parents and caretakers are not a source of comfort and safety. Contrarily, they are a source of



unpredictable danger, violence and maltreatment. This results to feelings of betrayal, extreme shame, helplessness, threat, intense fear and anger in the children. The core of traumatic stress is the collapse of the ability to regulate inner experience. In the initial phase of treatment, the clinician must prioritize basic stabilization of the client's health over other psychotherapeutic interventions. Building a safe therapeutic relationship is a key moment of trauma psychotherapy. As a result, this process is extremely demanding for the psychotherapist who has to face a lot of difficulty. Therapist behaviours that can increase the client's sense of safety and stability include especially the following components of integrative approach to the complex trauma treatment: nonintrusiveness, visible positive regard, reliability and stability and transparency. This approach includes therapeutic exposure, i.e. exposing the client to memories of a traumatic event until the associated emotions are desensitized. The therapeutic window represents a hypothetical "place" where therapeutic interventions are thought to be most helpful. Working towards trust and safety in a therapeutic relationship is essential to being able to start functional therapeutic work. Within this process, the client can verbalize threatening traumatic experiences, reflect them and reintegrate them in his or her life experience.

*Key words:* trauma focused therapy, therapeutic exposition, therapeutic window, therapeutic titration, polytraumatization, Complex PTSD, Developmental Trauma Disorder



**Jana Schmidtová**

**Psychoterapeutka a psychiatrička, provozuje soukromou psychoterapeutickou praxi v centru ADITEA v Praze. K dominantním oblastem jejího zájmu patří léčba, diagnostika a terapie autismu, Aspergerova syndromu a individuální i skupinová psychoterapie traumatu u dětí. Výzkumně se v rámci doktorského studia zabývá vývojem traumatické poruchy.**

*Příspěvek byl vypracován v rámci grantového projektu „Závažně traumatizované dívky: vliv komplexního interpersonálního traumatu na psychopatologii osobnosti v adolescenci“, podpořeného GA ČR, reg. č. 16-17529S.*

#### OD POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY K VÝVOJOVĚ POJATÉMU TRAUMATU

Děti jsou vystavovány interpersonálním traumatickým stresorům tak často a systematicky, že někteří výzkumníci označují tento znepokojující jev jako tichou či skrytou epidemii (Lanius, et al., 2010). Především **interpersonální traumatizace** (Finkelhor, 2008) kumulativního charakteru v dětství **má závažné negativní důsledky pro duševní zdraví** dětí a adolescentů (D'Andrea, et al., 20012). Dlouhodobě,

závažně, chronicky (Terr, 1991), interpersonálně (poly)traumatizované (Gustafsson, et al. 2009) děti a adolescenti trpí jak **posttraumatickými symptomy**, tak velkým množstvím závažných psychických obtíží (biopsychosociálních dysregulací) a **komorbidními neuropsychiatrickými poruchami** (Mueser, Taub, 2008; Ford, 2013). Posttraumatická stresová porucha se běžně vyskytuje souběžně s těžkými depresivními, úzkostnými a disociativními poruchami či závažnými autoagresivními projevy včetně suicidálních pokusů či dokončených sebevražd (Ford et al., 2009, 2010). Kumulativní trauma dále/navíc zvyšuje pravděpodobnost abúzu návykových látek, agrese, kriminality a následného uvěznění nebo jiných forem pobytu v zařízeních ústavního typu (D'Andrea, et al., 20012; Ford et al., 2009, 2010, 2012). Traumatizovaný jedinec může mít bohužel v důsledku sociální diskriminace a marginalizace omezený přístup k adekvátní zdravotní a psychiatrické péči a sociálním službám, což jen násobí jeho psychosociální obtíže (Schmid et al., 2013).

Současné diagnostické klasifikační systémy nepopisují dostatečně adekvátně komplexitu symptomů (Cloitre, et al., 2009) závažně traumatizovaných dětí a adolescentů. Van der Kolk (2005, 2010) proto navrhl koncept diagnózy **Vývojové traumatické poruchy** (*Developmental Trauma Disorder*), kterou definuje jako zkušenost mnohočetných, kumulativních, chronických vývojově nepříznivých traumatických událostí (např. sexuální zneužívání, fyzické týrání, domácí násilí atd.) trvajících po delší časové období ve specifických interpersonálních vztazích a kontextech v dětství a adolescenci. Expozice jedné či více for-



**Petr Štěpánek**

**PhDr., Ph.D., psycholog a psychoterapeut. Pracuje v ambulanci klinické psychologie v Českých Budějovicích. Výzkumně i terapeuticky se věnuje mimo jiné dětem s vývojovou traumatickou poruchou.**

mám traumatizace nejčastěji probíhá v systému péče o dítě. Navrhovaný koncept diagnózy „Vývojové traumatické poruchy“ adaptoval problematiku **Komplexní posttraumatické poruchy** (*Complex PTSD*, Herman, 1992; Luxenberg, et al. 2001; Courtois, Ford, 2009) na děti a mladistvé (Ford, Courtois, 2013; Schmid, et al., 2013).

#### TRAUMA ZRADY A JEJÍ DOPAD NA CITOVOU VAZBU

Z rychlého exkurzu do historie přistupů k traumatu v dětství a adolescenci je zřejmé, že **děti jsou traumatizovány převážně v blízkých interpersonálních vztazích** (Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000). Traumatizované dítě je ohroženo nejenom samotnou událostí, ale musí se ještě vyrovnat s tím, že mu bylo ublíženo jiným **člověkem**. Zažívá tak **trauma zrady** (Freyd, 1998), které způsobuje blízká osoba (rodič/pečovatel) porušující explicitní nebo implicitní sociální dohodu, a tak dochází k **porušení bazální důvěry**. Závislá povaha

vztahu mezi pachatelem (rodičem) a obětí (dítětem) neumožňuje oběti násilí přerušit pouto s pachatelem. Traumatizované dítě je nuceno ignorovat nebo akceptovat násilí za účelem zachování zjevně potřebného vztahu. Oběť tak v tomto nevýhodném postavení dlouhodobě setrvává v pozici, kdy se může v budoucnu velmi pravděpodobně stát obětí dalšího násilí (Freyd, 1998).

Přístup k traumatizaci dětí blízkými osobami jako ke **zradě důvěry** zaměřuje pozornost na **důležitost bezpečné citové vazby**. Rodiče a pečovatelé, kteří jsou zdro-



Ivo  
Čermák

Prof., PhDr., CSc. Přednáší na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity, dále působí v Psychologickém ústavu Akademie věd ČR a na Filozofické fakultě Katolické univerzity v Ružomberku. Je autorem řady knih, například *Lidská agrese a její souvislosti* (1999), *Povolání: herec* (2000, spolu s Jitkou Lindénovou), *Tematicko-apercepční test: interpretační perspektivy* (2012, se spolueditorkou Táňou Fikarovou). S Iduou Kodrlovou napsal monografii o vztahu mezi kreativitou, psychickými poruchami a suicidem (*Sebevražedná triáda: Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*, 2009). Zabývá se narativní perspektivou v psychologii, kvalitativní metodologií, psychologii umění a projektivními metodami, dříve též psychologii agrese. V současné době se věnuje zkoumání osobnosti extrémně traumatizovaných dívek.

jem nepředvídatelného nebezpečí, násilí a týrání a nikoli útěchy a bezpečí, vyvolávají u dětí **pocity zrady, extrémního studu, bezmoci, ohrožení, intenzivního strachu, hrůzy a vzteku** (Freyd, 1998; Terr, 1991; Feiring et al. 2002; Van der Kolk, 2005). Není divu, že se v takové situaci mnohdy rozvine **dezorganizovaná citová vazba** (Lyons-Ruth, et al., 2006). U komplexně traumatizovaných dětí a adolescentů je patologie citové vazby zásadním faktorem v rozvoji **disociativních obranných strategií a komplexních traumatických reakcí** (Lyons-Ruth, et al., 2006).

#### DYNAMIKA TRAUMATICKÉHO STRESU

U dětí, které byly v raném dětství opakovaně traumatizovány blízkými osobami, se rozvine dlouhodobě přetrvávající **traumatický stres**. Projevuje se jako **zhroucení schopnosti regulace vnitřního prožívání** a zároveň neschopnost modifikovat negativní dopad zaplavujících událostí. Pokud dítě nemá pečující osobu, která by dokázala modulovat jeho nadměrnou excitaci, dochází u něj k selhání schopnosti hrát si, zpracovávat, integrovat a kategorizovat to, co se právě děje. Traumatizované děti nemohou porozumět aktuálním situacím a nedokážou plánovat či realizovat přiměřenou reakci na zátěžovou situaci (Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000). Pokud strádání není zmírněno, afekty a kognice nemohou být propojeny a jsou tedy fragmentovány. Zneužívané a zanedbávané děti tak disociují a v horším případě se dezintegruje jejich psychické prožívání (Van der Kolk, 2005).

Nejnápadnějším a v možných důsledcích nejzávažnějším narušením fungování osobnosti dítěte jsou výrazné obtíže v re-

gulaci afektů – tzv. **afektivní dysregulace** (Ford, 2005). Děti a adolescenti, kteří trpí komplexním traumatem, prožívají kromě klasických posttraumatických symptomů také relativně nekontrolovatelné emoční stavy, při kterých jsou jejich schopnosti afektivní regulace nadlimitně zatíženy. V důsledku afektivního „zaplavení“ pocity (jako je extrémní pocit studu, ponížení, zlost, zděšení, bezmocnost a znechucení/ odpor) tyto děti opakovaně reagují na mnohé situace ve svých životech inkohorentně (Van der Kolk, 2005). Pokud taková situace nastane, dítě ji může kompenzovat pomocí určitých vyhýbavých strategií.

**Vyhýbavé strategie** (Briere, et al. 2010; Luxenberg, et al. 2001; Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000) jako jsou suicidální pokusy, sebepoškozování, závažná reaktivní agresivita, rizikové impulsivní chování, abúzus návykových látek, rizikové sexuální praktiky, poruchy příjmu potravy či disociativní prožívání, jsou mimo jiné pro traumatizované děti **příležitostí ke zmírnění, kompenzaci, či zbavení se nesnesitelných, často nepojmenovatelných, nekontrolovatelných afektivních stavů** (Ford, 2005), které jejich schopnosti afektivní regulace inhibují a často doslova vyřadí z funkce. Bohužel teprve tyto závažné symptomy vedou k vyhledání odborné péče.

#### DIAGNOSTIKA A PLÁNOVÁNÍ LÉČBY

PTSP je u dětí a adolescentů často ne-diagnostikovaná porucha, které si mnohdy lékaři nejsou vůbec vědomi (Mueser, Taub, 2008). Vzhledem k vysoké míře výskytu expozice traumatu u dětí a potenciálně dlouhotrvajícímu průběhu PTSP je zásadní **identifikovat toto onemocnění**

**včas**, v jeho rané fázi. Do psychiatrického vyšetření dětí a adolescentů by měly být běžně zařazovány otázky na traumatické zkušenosti a symptomy PTSP. **Screening PTSP** by měl být běžnou součástí vstupního pedopsychiatrického a psychologického vyšetření (Cohen, et al. 2010; Ford, Courtois, 2013; Schmid, et al., 2013). I v situaci, kdy důvodem návštěvy psychiatra není trauma, by se lékař měl dítěte standardně dotazovat na expozici běžně prožívaným traumatickým událostem. Pokud dítě uvede, že bylo vystaveno situaci traumatu, mělo by se zjistit, zda jsou přítomny symptomy PTSP (Mueser, Taub, 2008; Ford, Courtois, 2013). U prepubertálních dětí je zásadní **získat informace o symptomech PTSP z různých zdrojů**, včetně jejich rodičů či jiných pečujících osob, neboť informace od osob, které o dítě pečují, významně zvyšují diagnostickou přesnost (Scheeringa, et al., 2006).

Děti, které trpí závažnými symptomy PTSP, avšak nespĺňujú kritéria diagnózy PTSP v plné míře, mají často podobná funkční narušení, jako děti, u kterých PTSP diagnostikována byla. Rozhodnutí ohledně léčby by mělo být založeno na vyhodnocení závažnosti symptomů a na míře funkčního narušení, bez ohledu na to, zda u daného dítěte byla či nebyla stanovena diagnóza PTSP (Carrion, et al., 2002; Scheeringa, et al., 2005). Taková diagnostická „volnost“ je v souladu s vývojově adekvátnějším přístupem k traumatu, které má svůj původ v dětství a také je podporována řadou epidemiologických a klinických studií interpersonálního traumatu a vývojové traumatické poruchy (přehled viz Štěpánek et al., 2017).

Může se tedy stát, že odborník se bude muset v zájmu klienta uchýlit k různým

druhům léčby (Loewenstein, Welzant, 2010). **Kombinace medikace a psychoterapie** je opodstatněná v případě, kdy je třeba u dítěte se závažnou PTSP redukovat akutní psychické potíže a léčit komorbidní poruchy. Psychofarmaka se také podávají tam, kde je neuspokojivá nebo jen částečná reakce na samotnou psychoterapii a kde potřebujeme potencovat účinek psychoterapie a zvýšit spolupráci. Zejména zaplavení psychiky úzkostnými prožitky brání funkční spolupráci při psychoterapii. U těžké traumatizace byl zjištěn potenciál k dosažení lepšího výsledku terapie, když byla nasazena kombinovaná léčba (Briere, Scott, 2014; Cohen, et al. 2010).

#### NA TRAUMA ZAMĚŘENÁ PSYCHOTERAPIE

Děti a adolescenti s PTSP (a jinak identifikovanými traumatickými zkušenostmi) by měli být léčeni především pomocí psychoterapie fokusované na trauma (**na trauma zaměřená psychoterapie**), zabývající se specificky traumatickými zkušenostmi. Tato terapie je nadřazená nespécifickým či nedirektivním terapeutickým postupům (Cohen, et al. 2010), což platí napříč celým vývojovým spektrem, od dětí předškolního věku až po adolescenty. Na trauma zaměřená psychoterapie **zastřešuje různé terapeutické směry**, např. psychoanalytický model léčby, model zaměřený na citovou vazbu a model kognitivně behaviorální (Cohen, et al., 2004; Lieberman, et al., 2005; Trowell, et al., 2002). Traumatizovaní klienti mohou potřebovat také řadu dalších psychoterapeutických intervencí proto, aby se stabilizoval jejich psychický stav narušený PTSP. Může jít o psychoedukaci, kognitivní terapii, dialektickou

behaviorální terapii, psychodynamické intervence a techniky rodinné systemické terapie, přerámování symptomů apod. Kromě toho je možné klienty naučit řadu technik zvládnání symptomů, např. relaxaci, imaginaci, autohypnózu, kresebné techniky atd.; Cohen, et al. 2010).

Stále více odborníků (Cohen, et al., 2010) se zasazuje o využití takových na trauma zaměřených psychoterapeutických přístupů, (1) které se přímo zabývají traumatickými zkušenostmi dítěte, (2) jež zaangažují i rodiče dítěte coby významné nositele změny a dále takových přístupů, (3) které se nesusouředují pouze na potlačení symptomů, ale také na zlepšení funkční kvality života a zvýšení odolnosti. Vzhledem k povaze symptomů PTSP je logické, že snaha **řešit v terapii traumatické zkušenosti dítěte je** naprosto zásadní. Lze očekávat, že děti se budou vyhýbat hovoru o tématech vztahujících se k traumatu, pokud během terapie budou moci ovlivňovat její zaměření, což se děje v nedirektivních léčebných modelech (Cohen, et al., 2004, 2010).

**Načasování a tempo terapie zaměřené na trauma se řídí reakcemi dítěte**, které jsou v průběhu léčby monitorovány terapeutou a rodiči. Zhoršení klinického stavu dítěte neindikuje upuštění od daného terapeutického přístupu, nýbrž by mělo terapeuta upozornit, že je třeba zvýšit kontrolu nad jednotlivými komponentami dosud proběhnuvší léčby. Pro výběr a načasování konkrétních léčebných modalit vhodných pro dané dítě a jeho rodinu je v klinické praxi třeba vzít v úvahu psychosociální stresory, rizikové faktory, závažnost PTSP a výsledné narušení, věk, kognitivní a vývojové funkce dítěte, funkčnost jeho rodinného zázemí a komorbidní poruchy. Kromě

toho je třeba do úvah zakomponovat vztahy v rodině, názor rodičů/pečovatelů na konkrétní léčebné intervence a zda je akceptují. Je třeba zvážit i takové klinické faktory, jako např. odborný výcvik, dostupnost na důkazech založených léčebných intervencí, názor odborníka na tyto intervence a jejich cenovou dostupnost (Cohen, et al., 2010).

#### ÚČINNOST A ÚSKALÍ SPECIFICKÝCH NA TRAUMA ZAMĚŘENÝCH PSYCHOTERAPEU- TICKÝCH PŘÍSTUPŮ

Aktuálně platné standardy lékařské praxe doporučují především Na trauma zaměřenou Kognitivně behaviorální terapii (*Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy*) jako první volbu přístupu k psychoterapii dětí trpících PTSP vyvolanou zneužíváním nebo komunitním násilím (Carrion, Kletter, 2012). Přestože jde o efektivní léčbu, mnoho dětí a rodičů terapii odmítá zřejmě proto, že její součástí je intenzivní diskuze o traumatických zkušenostech bez náležité přípravy bezpečí v terapii. Čtvrtina až třetina dětí na tento typ léčby nereaguje a v rámci výzkumných souborů až 40 % klientů léčbu nedokončí (Cohen, Mannarino, Iyengar, 2011).

Pokud se děti (nebo jejich rodiče) zdráhají nebo nejsou ochotné hovořit o svých konkrétních traumatických vzpomínkách, jsou k dispozici terapie umožňující (a) dítěti a jeho rodičům cítit se natolik v bezpečí a sebejistě, aby byli schopni modulovat stresující emoce tak, aby dítě úspěšně prožilo tu část léčby, která se věnuje pře-vyprávění traumatu (Cohen et al. 2012) nebo (b) u dítěte a rodičů rozvinout takové kognitivně behaviorální (Deblinger et al.,

2011) a seberegulační (Ford et al., 2012) dovednosti, které ovlivňují PTSP pomocí redukce reaktivity na každodenní traumatický stres a zlepšení emoční regulace, self-efficacy a sociální podpory (Connor et al., 2014).

Vzhledem k závažnému rozsahu negativních dopadů komplexního-vývojového traumatu na děti a adolescenty se léčebné přístupy, jež se omezují jen na jediný způsob léčby traumatu u dětí a adolescentů, jeví jako nedostatečné či neúčinné. Zejména v případech, kdy se jedná o těžce či mnohočetně traumatizované dítě, se jeví potřebný a plně indikovaný Integrativní (a vícesložkový) přístup k terapii traumatu, který zastřešuje více způsobů léčby užitých v léčbě zároveň (*Integrative Treatment of Complex Trauma; Multicomponent Treatment of Complex Trauma*; Briere, Lanktree, 2008, 2011; Lanktree, Briere, 2013). Jedná se zejména o takovou strategii, která kromě celé šíře symptomů a problémů, jež mohou být důsledkem komplexního traumatu, zohledňuje i sociokulturní prostředí a specifické zkušenosti a potřeby traumatizovaného jedince.

V rámci integrované psychiatrické léčby traumatizovaných dětí jsou indikovány takové léčebné strategie, které vyžadují spolupráci více oborů (Connor et al., 2014). Při boji s behaviorálními a emočními problémy, které souvisí s traumatem, je v rámci zodpovědnosti za pomoc traumatizovaným dětem a jejich rodinám je nutná spolupráce psychiatrů s psychology, event. s dalšími odborníky. Pro zajištění nezbytné kontinuity a návaznosti léčby je takový přístup nezbytný.

## FÁZOVĚ ORIENTOVANÁ LÉČBA

Léčba dětí a adolescentů s komplexním vývojovým traumatem s sebou přináší značné komplikace. Přímá expozice těchto dětí a adolescentů traumatické historii bez ověření jejich schopnosti udržovat ve svém životě bezpečí, může velmi lehce vést k re-traumatizaci (Courtois, 2004; Duckworth, Follette, 2012). Rozdíly mezi Komplexní PTSP a PTSP mají významné léčebné implikace. Diagnóza PTSP se soustředí na paměťové stopy konkrétních zkušeností. PTSP jako centrální psychologický důsledek traumatizace implikuje léčbu, jež se zaměřuje na dopad specifických minulých událostí a zpracování specifických traumatických vzpomínek. U traumatizovaných pacientů s historií raného zneužívání a s Komplexní PTSP je prioritou zaměřit terapii na potíže s regulací afektů, disociacemi či interpersonální problémy, protože ty zapříčiňují větší funkční poškození než symptomy PTSP (Courtois, 2004; Courtois, Ford, 2009).

Jedním ze specifických přístupů k terapii traumatu, který se osvědčil i v naší dlouholeté klinické praxi (Schmidtová, Štěpánek) je **fázově orientovaná léčba** (Courtois, Ford, 2009; Herman, 1992). Účinná léčba komplexních posttraumatických poruch je rozdělena do tří fází. V první fázi klient pracuje na dosažení základního **bezpečí a stability**. V této fázi je pozornost soustředěna na vytváření funkčního terapeutického vztahu, regulaci afektů, nácvik dovedností, edukaci, poskytování psychosociální podpory. Pro tvorbu bezpečí je potřebné zaměřením léčby na redukci možné reviktimizace, nevědomého odehrávání problematických situací, impulzivního chování, sebedestruktivního chování, rizikových situací, závislosti na psychoaktivních látkách,

disociativních stavů, (psycho)somatických onemocnění.

Druhá fáze se soustředí na podrobné pře-vyprávění a emočně intenzivní vybavení si a **zpracování traumatických vzpomínek** skrze expozici traumatické události, desenzitizaci, kognitivnímu a emocionálnímu zpracování, detailnímu vyprávění (psaní deníku, kresby) v bezpečném terapeutickém vztahu.

Ve třetí fázi se terapeutická práce zaměří na „**reintegraci**“, tzn. na kvalitní život v současnosti, přičemž traumatické vzpomínky se z kategorie „flashbacků“ přesunou spíše do kategorie „špatných vzpomínek“. Terapeut se v této fázi dále zabývá behaviorálními fenomény a znovuprožíváním či jinými intenzivními posttraumatickými reakcemi na aktuálně prožívané situace.

Fázová terapie představuje heuristický a flexibilní přístup, nikoli striktně daný algoritmus – terapeut reaguje na externalizované vzpomínky a na jejich charakter tak, jak se v průběhu terapie objevují. Cílem fázově orientované léčby traumatu jako celku je posílit kapacitu klienta adaptovat se na svůj současný život lépe a s vyšší mírou jistoty (Loewenstein, Welzant, 2010). Efektivita takto pojatých terapeutických intervencí u traumatizovaných dětí a adolescentů byla dobře doložena (Cohen, et al. 2004; Connor, et al. 2015).

## INTERVENCE VE PROSPĚCH KLIENTOVA BEZPEČÍ

V následujícím textu shrneme naše zkušenosti, které mají navíc oporu ve výzkumu účinnosti na trauma zaměřené terapie. Pozornost budeme věnovat a) intervencím zajišťujícím bazální fyzické bezpečí a základní stabilizaci psychického stavu dítěte,

b) navození bezpečného terapeutického vztahu, c) nárokům na terapeuta při nastolování klientova bezpečí, d) tvorbě a udržování pozitivního terapeutického vztahu, e) schopnosti afektivní regulace klientů, f) bezpečné terapeutické expozici.

#### INTERVENCE ZAJIŠŤUJÍCÍ BAZÁLNÍ FYZICKÉ BEZPEČÍ

Primárním cílem efektivní terapie chronicky interpersonálně traumatizovaných dětí a adolescentů je základní stabilizace psychického stavu dítěte a tvorba bezpečí (Courtois, Ford, 2009). Intervence zajišťující bazální fyzické bezpečí jsou při práci s mnohočetně traumatizovanými mladými lidmi prvořadé a může se stát, že se před samotným zahájením zpracování traumatu nebo i v jeho průběhu bude třeba k takovým intervencím uchýlit opakovaně (Lanktree, Briere, 2013). Zajištění základních životních a zdravotních potřeb má přednost před jinými léčebnými zásahy (Loewenstein, Welzant, 2010). Proto je třeba: a) pravidelné vyhodnocování toho, zda je mladistvý nebezpečný sobě nebo svému okolí a průběžné zajišťování potřebných intervencí; b) víceúrovňová spolupráce se státními úřady (OSPOD, PČR, atd.); c) zabezpečení stabilního bydlení, dostatku jídla a oblečení; d) poskytnutí kvalifikované psychiatrické, psychologické či další potřebné odborné lékařské péče a v případě potřeby také zajištění specializovaných (nezřídká hospitalizačních) programů pro mladistvé zneužívající látky či trpícími poruchami příjmu potravy; e) pokud aktuálně dochází ke zneužívání či týrání nezletilého, pak může být nezbytný zásah policie nebo příslušného odboru sociální péče či využití služeb specializovaných azylových domů

(Loewenstein, Welzant, 2010; Lanktree, Briere, 2013).

#### NAVOZENÍ BEZPEČNÉHO TERAPEUTICKÉHO VZTAHU

Pro navázání kvalitní terapeutické spolupráce je nezbytné vytvoření bezpečného terapeutického vztahu, který poskytne bazální rámec pro psychoterapeutickou práci. Vytvoření terapeutického vztahu je u klientů léčících se s komplexním traumatem zásadní, nicméně dlouhodobý proces (Loewenstein, Welzant, 2010). Klientům trpícím komplexním traumatem bylo ublíženo v oblasti bazálních vztahů. Základním principem psychoterapie je léčba vztahem. Avšak člověk, který přežil trauma, je postaven do situace, ve které může terapeutický vztah prožívat zároveň jako trýznivou a neskutečně záladnou past (Dalenberg, 2000). Mnoho dilemat ohledně traumatických přenosů/protipřenů, která vyvstávají během psychoterapie klientů s Komplexní PTSP, může vyvěrat z bazální zkušenosti dítěte či adolescenta, kdy citová vazba, potřeba a závislost jsou implicitně zdrojem hlubokého ponížení (Loewenstein, Welzant, 2010).

Během vývoje traumatizovaného dítěte byl prožitek potřeby a závislosti naprosto nevypočitatelně spojen s traumatem, děsem, opuštěním, intruzí, nadměrnou stimulací, odmítnutím, posměšky, sadismem a ponížením, a to vše ještě před tím, než si klient coby dítě taková „velká slova“ vůbec dokázal představit. Řešením, ke kterému se pak uchýlí, je disociace veškerých potřeb, a dokonce i disociace skutečnosti, že nějaké potřeby vůbec má (Sands, 1994). Vzniká tak paradoxní situace: intenzita těchto potřeb se zákonitě zvyšuje a zároveň se



recipročně zvyšuje tlak na jejich popírání. Dalenberg (2000) popisuje oblast potřeb takového pacienta v terapii jako kombinaci závislosti a alergie.

#### NÁROKY NA TERAPEUTA PŘI NASTOLOVÁNÍ KLIENTOVA BEZPEČÍ

Tvorba bezpečného terapeutického vztahu jako klíčový moment terapie klade na psychiatra/psychologa/psychoterapeuta vysoké nároky a zároveň sebou nese mnohá úskalí (Loewenstein, Welzant, 2010): (a) především schopnost psychoterapeuta zvládat krizové situace zahrnující i problémové či agresivní chování dítěte směřované vůči jeho osobě a ostatním; (b) mít schopnost poskytovat širokou paletu pragmatických klinických a psychoterapeutických intervencí k ochraně klienta; být otevřený vůči interdisciplinární spolupráci s dalšími odbornými pracovišti; (c) měl by umět udržovat terapeutické hranice a nastavovat funkční limity vůči chování dítěte, které narušuje léčbu; (d) v neposlední řadě být odolný vůči určitým druhům (většinou negativního) přenosu a být připraven se vyrovnávat s protipřenosem; (e) musí být ochoten a schopen opakovaně naslouchat detailnímu vyprávění dětí o těžkých traumatických zkušenostech (plné hrůzy či bezmoci); (f) měl by zvýšeně dbát na své duševní zdraví tak, aby se vyhnul riziku sekundární traumatizace či syndromu vyhoření (Loewenstein, 1993; Kluft, 1994).

Úkolem terapeuta je nejen vytvoření bezpečného prostředí vně (zevní podmínky) ale i uvnitř terapie. Bezpečí v terapii traumatu se nevytváří jen tím, že terapeut klientovi pasivně naslouchá, ale **pocit bezpečí je výsledkem aktivní činnosti terapeuta,**

kdy se snaží pochopit, co se v terapii i v pacientově životě děje a dává tomu smysl v terapeutickém kontextu (Mészáros, 2010). Důležitým procesem v terapii traumatu je „**holding**“, kdy empatický terapeut vydrží či kontejnuje pozitivní i negativní emoce a chování klienta, u něhož v dětství došlo k významnému narušení bazální důvěry v pečující osoby, což bývá pravidlem u traumatizovaných jedinců.

#### TVORBA A UDRŽOVÁNÍ POZITIVNÍHO TERAPEUTICKÉHO VZTAHU

Lanktree, Briere (2013) považují pro úspěšnost léčby komplexního traumatu pevný terapeutický vztah za zásadní podmínku. Toto se jeví v praxi pro terapeuta jako mimořádně náročný úkol především u těžce traumatizovaných klientů, protože ti se v terapii chovají výrazně odlišně oproti netraumatizovaným klientům a také významně častěji terapii předčasně ukončují, někdy i na samotném počátku terapie. Získání bazální důvěry a vytvoření dostatečně pevného terapeutického vztahu na straně klienta brání různé překážky, zejména jeho hluboce zakořeněná nedůvěřivost, masivní úzkostnost a disociativní prožívání, nevědomé odehrávání traumatických zkušeností během terapie, destruktivní chování nevědomě spojené s traumatem, opakované a dlouhodobé testování terapeutického vztahu různými i bizarními a nečekanými způsoby a další specifika uvedená výše.

Překážky se vyskytují i na straně terapeuta, neboť úspěšná psychoterapie traumatu vyžaduje značnou psychickou odolnost terapeuta a další jeho osobní specifické předpoklady. V zájmu posílení pocitu bezpečí a jistoty traumatizovaného klienta by

terapeut do svého terapeutického přístupu měl zahrnout především tyto složky: nebýt intruzivní, otevřeně klienta chválit, být spolehlivý, akceptující, stabilní a transparentní. Klient pocituje vyšší míru porozumění a nižší míru osamění, pokud mu terapeut svým chováním dává najevo empatii a pochopení, je schopen se na klienta naladit, projevuje zvědavost ohledně jeho budoucnosti a vnitřního prožívání (Briere, Lanktree 2011). Zásadní podmínkou pro úspěšnou terapii traumatu se jeví to, že terapeut o klienta projevuje pozitivní zájem a vyjadřuje mu podporu. Během celé terapie jej povzbuzuje k tomu, aby dával najevo své myšlenky a pocity a zároveň by měl dokázat zvládnout jeho nevědomé, negativní či dokonce destruktivní projevy. Traumatizovaný klient, v mnohem vyšší míře než netraumatizovaní klienti, dlouhodobě, opakovaně a komplikovaným způsobem testuje pevnost terapeutického vztahu.

Lanktree a Briere (2013) zdůrazňují, že by terapeut měl být schopen **pracovat s protipřenosem** obzvláště citlivě, neboť jeho reakce na své vlastní vzpomínky a nevědomá přesvědčení mohou u klienta narušit pocit jistoty a bezpečí v terapeutickém vztahu a zároveň u terapeuta negativně ovlivnit schopnost přesně diagnostikovat a vhodně psychoterapeuticky intervenovat. Je důležité, aby terapeut v rámci terapeutického procesu průběžně monitoroval své chování. Neměl by zlehčovat situaci klienta a neměl by být jednostranně zaujatý, odsuzující, přehnaně kritický, ani autoritářský; měl by být schopen usměrňovat své emoce. Kromě toho by měl v případě potřeby konzultovat průběh terapie se supervizorem.

Budování terapeutického vztahu se sice považuje za jednu z počátečních fází tera-

pie, nicméně terapeut může pocítit potřebu se k této fázi vrátit i v pozdějších stádiích léčby, a to zejména tehdy, pokud klient v daném stádiu terapie řeší obzvláště náročné traumatické či vztahové záležitosti.

#### TERAPEUTICKÉ POSTUPY POMÁHAJÍCÍ DĚTEM KONTROLOVAT AFEKTY

Během léčby může dojít k zamezení přístupu k nepříjemným vzpomínkám a prožitkům a tím i k narušení průběhu uzdravy klienta. Stává se to proto, že se klient uchýlí k nadměrnému množství vyhybavých strategií. Integrativní přístup k terapii traumatu (Lanktree, Briere, 2013) nabízí takové **intervence**, které u klientů zlepšují dovednosti v oblasti **afektivní regulace**, a to jak před, tak i v průběhu zpracování traumatických vzpomínek (Cloitre, et al., 2010). K těmto intervencím patří: zakotvení, progresivní relaxace, řízená imaginace, vizualizace, dechový trénink, nácvik meditace a všímavosti (mindfulness), schopnost identifikovat své emoce, schopnost rozpoznávat spouštěče traumatického prožívání a aplikace vhodných intervencí. Smyslem uvedených terapeutických zásahů je zvýšit celkovou schopnost dítěte tolerovat a funkčně regulovat negativní emoční stavy a díky tomu tak snižovat pravděpodobnost emočního zaplavení (Lanktree, Briere, 2013).

Jako užitečné se jeví naučit klienty ovládat tyto strategie: pojmenování emocí, chápat emoce jako svého druhu „sensorický systém“ spíše než nesmiřitelnou, destruktivní sílu. Klienti se v takovém kontextu mohou znovu naučit důvěřovat snahám druhých jim pomoci, obnoví seberegulaci a posílí toleranci emočních a behaviorálních stavů (Putnam, 1997).

## BEZPEČNÁ TERAPEUTICKÁ EXPOZICE

Terapeutická expozice (Cohen, et al., 2006) je v terapii procesem, v němž je klient během terapie exponován vzpomínkám na traumatickou událost v takové míře, dokud nedojde k desenzibilizaci emocionálních reakcí, které jsou těmito vzpomínkami vyvolány, popřípadě do té doby, dokud si na ně klient nepřivykne. V důsledku toho pak již takové reakce nemohou být aktivovány. Během **titrované expozice**, je klient veden tak, aby dokázal aktivované emoce regulovat a nenechal se jimi zaplavit. Je důležité, aby expozice byla užita jen do takové míry, aby se klient s výslednou aktivací emocí ještě dokázal vypořádat. Děti či adolescenti, kteří jsou chronicky zaplavováni emocemi a mají tendenci se problémům spíše vyhýbat, vůbec nemusí být schopni traumatické vzpomínky smysluplně zpracovat, aniž by se necítili re-traumatizováni. V takových případech jsou pak upřednostňovány vztahové, kognitivní a afektivně regulační složky terapie komplexního traumatu (Lanktree, Briere, 2013).

**Terapeutické okno** v rámci léčby představuje psychologický průsečík mezi nedostatečnou a zaplavující aktivací emocí, které jsou s traumatem spojeny. Jedná se o hypotetické „místo“, kde bude terapeutická intervence pravděpodobně nejúčinnější (Briere, 2002). Intervence provedené v rámci terapeutického okna by tedy měly být natolik evokativní a strukturované, aby u klienta vyvolaly adekvátní zpracování vzpomínek a neudržovaly ho ve stavu vyhýbání se. Neměly by však být natolik intenzivní, aby u klienta došlo k zaplavení a přílišnému zvědomění traumatu.

Během intervencí, které využívají tera-

peutické okno, dochází pomocí terapeutické expozice ke spuštění traumatických vzpomínek a k jejich zpracování, nedochází však k nadlimitnímu přetížení vnitřních ochranných systémů klienta a k aktivaci nežádoucích vyhybavých reakcí (Lanktree, Briere, 2013).

Užití terapeutického okna ovlivňuje délku i „dynamiku“ terapie. Zahrnuje terapeutickou expozici, kognitivní restrukturalizaci a vztahové zpracování traumatických vzpomínek. Současně je nutno dbát na pečlivé vyhodnocování průběhu léčby, aby nedošlo k překročení hranice, kdy je dítě ještě schopno afekty regulovat a nebyla tak u něj vyvolána vyhybavá reakce a/nebo re-traumatizace. Celková doba potřebná pro dokončení léčby se tedy při použití titrované expozice a zpracování traumatických vzpomínek může prodloužit.

V případě léčby komplexního traumatu u **adolescentů** (Briere, Lanktree, 2008) expozice spočívá především v tom, že terapeut s adolescentem mluví o prožitých traumatech. Proces kontroluje pomocí přiměřených otázek, komentářů a jemných instrukcí, které klientovi umožní vzpomínat a vyjadřovat se pouze na takové úrovni intenzity, která nepřesahuje rámec terapeutického okna. Většina adolescentů (a to nemluvě o těch, kteří jsou traumatizováni) má často v důsledku nových vývojových podnětů potíže s afektivní regulací. Proto se může stát, že titraci bude muset terapeut během terapie užít „z minuty na minutu“. Během terapie tak může terapeut otevřít jedno konkrétní téma, záměrně se však vyhne tématům, která by klienta nadměrně rozrušila. Podobně se může klienta dotázat na určité události a pocity, ale nebude evokovat další události či pocity, které by

mohly spustit obtížně zvládnutelné afektivní zaplavení (např. flashbacky). Zároveň terapeut klientovi poskytuje pomoc a verbální útěchu v okamžicích vyšší stresové zátěže. Pokud je třeba, může klienta dočasně přivést na jiné myšlenky či přesměrovat jeho pozornost od konkrétní vzpomínky či duševního stavu. K tomuto traumatickému materiálu se však terapeut může ve vhodný okamžik opatrně vrátit a znovu jej otevřít. Takovým vhodným okamžikem je situace, kdy je stav klienta stabilnější a může lépe využít své afektivně regulační dovednosti.

### ZÁVĚR

V běžném životě chronicky, komplexně a extrémně traumatizovaných dětí a adolescentů dochází opakovaně k znovuprožívání, retraumatizaci a nevědomému odehrávání traumatu impulsivním, rizikovým či (auto)agresivním chováním v různých situacích či kontextech. Úkolem terapeuta během psychoterapie je ventilace traumatických vzpomínek, jejich zpracování a integrace těžkých traumatických zážitků do životní zkušenosti. A zároveň přerušení bludného kruhu opakujícího se problémového chování, a vedení pacienta k modifikaci či redukci tohoto chování.

Terapeutická práce se závažně mnohočetně traumatizovanými dětmi a adolescenty je dlouhodobý, velmi náročný a komplikovaný proces. Základní podmínkou úspěšné terapie traumatu je navázání bezpečného a pevného vztahu mezi klientem a terapeutem. Aby terapeut mohl dítě, či adolescenta provázet tímto terapeutickým procesem je třeba kontinuálně v terapii poskytovat veškeré intervence s ohledem na bezpečí (klienta, terapeuta, terapeutického procesu). Neboť teprve v momentu, kdy této proble-

matice bude věnována dostatečná pozornost ve všech fázích a aspektech terapie, může být tato dlouhodobá terapie úspěšná.

V psychoterapii traumatu jsou využívány také specifické účinné postupy, jako je titrovaná expozice traumatu, psychotherapeutická práce v rámci terapeutického okna a další speciální postupy zaměřené na trauma, které bezpečí v terapii zvyšují.

Takto pojatý terapeutický proces poskytuje prostor pro externalizaci nevyslovitelných, nesdělitelných, ohrožujících zážitků a vzpomínek. Tím může dojít k jejich verbalizaci, reflexi a ke zpětnému včlenění do životní zkušenosti, neboť konzistentní životní zkušenost je nezbytná pro uzdravení.

### LITERATURA

- Briere, J. (2002). Treating Adult Survivors of Severe Childhood. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 175–86.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 767–774.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Sage Publications.
- Briere, J., & Lanktree, C. (2008). Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth. Retrieved from *JohnBriere.com*.
- Briere, J. N., & Lanktree, C. B. (2011). *Treating complex trauma in adolescents and young adults*. Sage.
- Carrion, V. G., & Kletter, H. (2012). Posttraumatic stress disorder: shifting toward a developmental framework. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 21(3), 573–591.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition

- of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 166–173.
- Cohen, J. A., Issues, T. W. G. O. Q., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399–408.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American journal of psychiatry*, 167, 915–924.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16–21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528–541.
- Connor, D. F., Ford, J. D., Arnsten, A. F., & Greene, C. A. (2015). An update on posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Pediatrics*, 54(6), 517–528.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412–425.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. American Psychological Association.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety*, 28(1), 67–75.
- Duckworth, M. P., & Follette, V. M. (Eds.). (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Developmental psychology*, 38(1), 79.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Ford, (2005). Treatment Implications of Altered Affect Regulation and Information Processing Following Child Maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35(5), 410–419.
- Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: A cross-sectional, chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(8), 1–478.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.

- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Fruch, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 545–552.
- Ford, J. D., Grasso, D., Greene, C., Levine, J., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. (2013). Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an inter-national survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry, 74* (8), 841–849.
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(1), 27–37.
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry, 18*(5), 274–283.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism. *New York: Guilford*.
- Kluft, R. P. (1994). Countertransference in the treatment of multiple personality disorder. *Countertransference in the treatment of PTSD, 122–150*.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (Eds.). (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press.
- Lanktree, C. B., & Briere, J. (2013). Integrative treatment of complex trauma. *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models, 143–161*.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(12), 1241–1248.
- Loewenstein, R. J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder. *Clinical perspectives on multiple personality disorder, 51–85*.
- Loewenstein, R. J., & Welzant, V. (2010). Pragmatic approaches to stage-oriented treatment for early life trauma-related complex post-traumatic stress and dissociative disorders. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic, 257–267*.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry, 21*(25), 373–392.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?. *The Psychiatric clinics of North America, 29*(1), 63.
- Mészáros, J. (2010). Building blocks toward contemporary trauma theory: Ferenczi's paradigm shift. *The American Journal of Psychoanalysis, 70*(4), 328–340.
- Mueser, K. T., & Taub, J. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services, 59*(6), 627–634.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Sands, S. H. (1994). What is dissociated?. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 7, 145–153*.
- Scheeringa, M. S., Mary Jo Wright, M. D., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 163, 644–651*.

- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1.
- Streeck-Fischer, A. van der kolk, B.A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 903–918.
- Štěpánek, P., Schmidtová, J., Čermák, I. (2017). Vývojová traumatická porucha: nový pohled na traumatickou zkušenost v dětství a adolescenci. *Československá psychologie*, v tisku.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148(1), 10–20.
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D., & Leitch, I. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 234–247.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric annals*, 35(5), 401–408.
- Van der Kolk, B. A., & d Andrea, A. (2010). Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 57–68.

*Došlo do redakce a přijato k recenznímu řízení 31. 1. 2017. Revidované znění došlo 12. 4. 2017, k publikaci přijato 19. 4. 2017.*

Zveme vás již na 6. ročník Psychoterapeutického sympozia s názvem  
**„Zpět k případu: Jak můžeme porozumět jednotlivým příběhům  
v psychoterapii a co se z nich můžeme naučit?“**

Koná se ve dnech 24.–25. 5. 2018 v Brně.

Pro aktuální informace nás sledujte na FB:

<https://www.facebook.com/PsychoterapeutickeSymposium/>

Kontakt: [info.symposium@gmail.com](mailto:info.symposium@gmail.com)

Na viděnou příští rok v Brně!

## ARTETERAPIE: UMĚNÍ LÉČBY TRAUMATU

Významná holandská arteterapeutka Karin Schouten poskytla časopisu Psychoterapie rozhovor o arteterapeutickém přístupu v léčbě traumatu

Jakub Hučín

### ABSTRAKT:

Arteterapie, terapeutické využití umělecké tvorby, se od jiných způsobů léčby odlišuje viditelným a hmatatelným charakterem procesu, stejně jako se produkt vizuálního umění liší od ostatních forem umění. Smyslové charakteristiky v procesu tvorby dobře zapadají do často němé, vizuální a smyslové podstaty traumatizujících vzpomínek a emocí. Dokonce i v případech, kdy nás nenapadají žádná slova, umožňuje arteterapie zpracování traumatických zkušeností jejich externalizací a integrací. Výzkumy ukazují, že arteterapie může být účinná při snižování závažnosti symptomů PTSD, úzkosti a deprese. Arteterapie také může mít pozitivní vliv na duševní zdraví, například na posílení sebeobrazu a sebevědomí, zlepšení emoční kontroly a autonomie, posílení duševní odolnosti a emoční pohody. Doporučujeme však další výzkum s RCT (Randomized Controlled Trial) zaměřující se na účinnost arteterapie u pacientů s PTSD.

*Klíčová slova:* Arteterapie, posttraumatická stresová porucha (PTSD), traumatizace

### ABSTRACT:

Art Therapy, the therapeutic use of visual art making, is distinguished from other forms of treatment by the visual and tangible character of the process as well as

the product of art making. These sensory characteristics fit in well with the often wordless, visual and sensory nature of traumatic memories and emotions. Even when no words are available, art therapy enables processing of traumatic experiences by accessing, externalizing and integration of traumatic memories. Research showed that there are indications that art therapy can be effective in decreasing PTSD symptom severity, anxiety and depression. Also, Art Therapy might have positive effects on mental health, such as strengthening self-image and self-esteem, enhance emotional control and autonomy, strengthening of mental resilience and emotional well-being. Further research into the effectiveness of art therapy in a Randomized Controlled Trial (RCT) in PTSD is recommended.

*Key words:* Art Therapy, posttraumatic stress disorder (PTSD), traumatization

***Můžete nám, prosím, říci, jak vlastně vypadá terapeutický postup při arteterapeutické práci s traumatizovaným pacientem? Můžete nám popsat jednotlivé kroky?***

Než odpovím na vaši otázku, je mi líto nezbytné říct něco o traumatizaci a posttraumatické stresové poruše (PTSD) obecně. Lidé mohou být traumatizováni jednou nebo více traumatickými událostmi, jako jsou válka, násilí, zneužívání, mohou mít





**Karin Alice Schouten**

Vizuální umělkyně (Academy of Art, Enschede, 1984), registrovaná arteterapeutka SRVB (Hogeschool van Utrecht, 1992), Master of Art Therapy (Hogeschool Zuyd, Heerlen, 2013). Jako arteterapeutka pracuje s traumatizovanými uprchlíky v Centru '45, Diemen a ve Phoenixu, ProPersona, Wolfheze, Nizozemsko. Věnuje se výzkumu v oblasti arteterapie a posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v KenVak (Výzkumné centrum pro arteterapii), Foundation Centre '45, Diemen a na Radboud University, Nijmegen. Cílem jejího výzkumu je získat poznatky a empiricky podložit účinnost a efektivitu arteterapie v léčbě PTSD. Pravidelně publikuje a své výsledky prezentuje na regionální i mezinárodní úrovni. E-mail: karin.schouten@gmail.com

tedy jednu, ale také více traumatických zkušeností. Většina klientů, se kterými pracuji, má zkušenost s několikanásobnou a dlouhotrvající traumatizací způsobenou válkou, násilím, zneužíváním nebo traumatizací v raném dětství.

Posttraumatická stresová porucha je diagnostikována tehdy, pokud po zkušenosti s traumatickou událostí u dotyčného člověka trvají symptomy vyhýbání, zvýšené dráždivosti a opětovného prožívání (flashbacky, noční můry týkající se traumatických zkušeností) déle než měsíc a tyto symptomy závažně narušují běžný život.

Arteterapeutická práce s traumatem se většinou odvíjí ve třech fázích:

I. Stabilizace a redukce symptomů; II. Zpracování traumatu; a III. Integrace a vyhlídky do budoucna - to je obvyklý postup při léčbě dlouhodobé traumatizace (Mooren & Stöfssel, 2014; Cloitre et al., 2012).

V první fázi (redukce symptomů a stabilizace) už samotné umělecké tvoření přináší relaxaci, a tak snižuje neklid a zvýšenou dráždivost pacientů. Když pacient tvoří s potěšením a zapojuje se do umělecké tvorby, pomáhá to zvýšit jeho sebevědomí, snižuje se emoční oploštělost (alexythymie) a obnovuje se kapacita pro komunikaci a sociální fungování pacienta (Collie et al., 2006). V této první fázi arteterapie často umožní přístup k traumatizujícím vzpomínkám a emocím.

Ve druhé části (zpracování traumatu) umožňují neverbální prostředky arteterapie vyjádřit vzpomínky a emoce, které jsou obtížně vyjádřitelné slovy, případně je nelze vyjádřit vůbec. Využití symbolu ve vizuálním umění umožňuje pacientovi vydržet postupné vystavování se traumatickým vzpomínkám a pomáhá překonat jeho vyhýbavost. Vystavování se traumatizujícím zkušenostem skrze symboliku vizuálního umění umožňuje získat pocit kontroly nad děsivými a dotěrnými vzpomínkami (Collie et al., 2006).

Ve třetí fázi (integrace a vyhlídky do budoucna) pomáhá v arteterapii jak proces tvorby, tak i samotný výtvar získat odstup od emocí, kognitivně je integrovat a dát jim adekvátní významy (Smeysters, 2008; Wertheim-Cahen et al., 2004; 2007).

*Co považujete za nejdůležitější terapeutický moment v arteterapeutické práci s traumatem?*

V arteterapii s traumatizovanými pacienty je několik významných okamžiků. Asi nejvýznamnějším je možnost bezpečného a postupného přístupu k traumatickým vzpomínkám a emocím. Vysvětlení tohoto rámce můžeme najít v samotných základech arteterapie. Neverbální aspekty a možnost použití symboliky v umění může poskytnout ucelenější přístup k implicitním (jako protiklad k explicitním) paměťovým systémům. Poskytnutím širšího rozsahu (senzorických) podnětů: vizuálních a hmatových, může arteterapie zvýšit živost imaginativní expozice. A poskytnutím konkretizované formy vyjádření (vizuálně, kreslením, malováním) pomáhá arteterapie oslabit vyhubavý postoj pacienta (Foa et al., 2009).

***Jaké místo má v arteterapeutické práci verbální práce, verbální rozhovor o tom, co pacient vytvořil?***

V arteterapii jde primárně o neverbální a zážitkový přístup. Traumatizovaní pacienti mohou vyjádřit své vzpomínky a emoce ve vizuálním umění i v případě, kdy pro ně může být těžké o traumatické zkušenosti mluvit nebo když ji nelze vyjádřit ve slovech. Přesto mnoho pacientů ve spojitosti s vlastními kresbami či malbami dříve či později o svých traumatických zkušenostech a pocitech mluví. Verbální dialog v kombinaci s uměleckou tvorbou vede často k další tvorbě, pomáhá uspořádat vnitřní prožívání, dává možnost náhledu a významu toho, co se v nich děje. Vizualizace vzpomínek a emocí v arteterapii často pomáhá najít slova pro popis zkušenosti, umožňuje komunikaci, nejprve pomocí obrazů, posléze slovy.

***Konfrontujete pacienta s traumatem přímo, nebo ho nějak na konfrontaci připravujete?***

Už od začátku arteterapeutických sezení je pacientům jasné, že záměrem, cílem terapie je vyjádřit vzpomínky a emoce. Ještě před započítím terapie pacientovi celý proces vysvětlujeme a musíme s ním souhlasit. Mentální obrazy traumatických vzpomínek často mohou být konfrontující, ale možnost symbolického vyjádření v arteterapii vytváří bezpečný odstup. Také vizuální a dotekový charakter umělecké tvorby dává pacientovi pocit kontroly a možnost svou zkušenost pevně uchopit.

***Jak dlouho terapeutická práce s traumatizovaným pacientem trvá? Jde o dlouhodobou terapii?***

Délka terapie a počet sezení záleží na mnoha okolnostech, jako je věk, kdy došlo k traumatizující události nebo kdy traumatizující událost začala; počet traumatizujících událostí a doba (týdny, měsíce, roky), po kterou se traumatizující událost odehrávala (např. traumatizace v raném dětství a/nebo několikanásobná a dlouhodobá traumatizace). Vliv má také to, zda je přítomná komorbidity například s depresí, poruchami osobnosti, psychotickými onemocněními a/nebo závislostmi.

V multidisciplinárním přístupu k pacientům s dlouhodobou traumatizací (ambulantních či hospitalizovaných) probíhá arteterapie přibližně jeden rok. Pokud je to nezbytné, jako například v případě těžké, dlouhodobé a několikanásobné traumatizace, může být délka léčby dva roky nebo i déle. Pro klienta s jednou nebo několika málo traumatickými zkušenostmi, především když se můžeme opřít o dobré

zkušenosti z dětství, mohou stačit hodinová arteterapeutická setkání každý týden po dobu tří až šesti měsíců.

Pro ilustraci uvádím příběh mého klienta Ismaela, pětaticetiletého muže, který prožil šťastné dětství až do svých dvaceti let. Když přišla válka, jeho matka a sestra byly zavražděny a on musel uprchnout, aby si zachránil vlastní život. V Nizozemsku začal nový život a našel si práci. Kvůli svým pokračujícím traumatickým flashbackům a nočním můram přišel o svůj domov i o práci. Skončil v psychiatrické péči a prodělal několikiletou léčbu, aniž by se mu ulevilo. Když mu byla doporučena arteterapie, měl diagnostikovanou posttraumatickou stresovou poruchu, posttraumatický zármutek a depresi.

Při evaluaci v desátém a zároveň posledním terapeutickém sezení mi řekl Ismael o své zkušenosti s arteterapií toto: „Když jsem slyšel o arteterapii, měl jsem velmi odlišnou představu o tom, co se bude dít. Myslel jsem si, že to bude jen nějaké kreslení – a já kreslit neumím. Když mi arteterapeutka vysvětlila, o co půjde, chtěl jsem to zkusit a zjistil jsem, že jde o něco úplně jiného: není to jen kreslení, ale jde hlavně o váš pohled, o vaše pocity.

Všimnul jsem si, že kreslením mohu vyjádřit víc než slovy, víc než v terapii, ve které používám slova. Všiml jsem si, že v posledních týdnech na své špatné vzpomínky často myslím, ale už nejsem naštvaný nebo agresivní. Mohu se s nimi vypořádat jednodušeji než před nějakou dobou. Teď si říkám: Přichází to přirozeně a samo to také zmizí. To je to nejdůležitější: kdysi jsem se naštvával nebo se choval agresivně, nyní mám v sobě víc trpělivosti. Získal jsem větší kontrolu nad svými vzpo-

mínkami i emocemi. Od třetího sezení jsem zaznamenal, že získávám větší kontrolu a začal jsem si toho všimnout i v každodenním životě. Naštval jsem se, když jsem se nechal unést špatnými vzpomínkami a emocemi a teď jsem šťastný, když vidím, že se už nemusím ztratit ve svých emocích a vzpomínkách. Získal jsem větší kontrolu.“

V případě dlouhodobé a několikanásobné traumatizace a především je-li u pacienta přítomna další porucha (například psychotická onemocnění, poruchy osobnosti), je samozřejmě potřeba času i setkání více.

***Překvapilo nebo zaskočilo vás při arteterapeutické práci s traumatizovaným pacientem něco? Objevila jste pro sebe něco nového?***

Připadá mi úžasné, jak jsou pacienti bez předchozí zkušenosti s kreslením, malováním nebo jinou uměleckou tvorbou schopni vyjádřit své traumatické vzpomínky a emoce pomocí vizuálního umění. Čekali bychom, že pacienti musí nějaké zkušenosti nebo alespoň sympatie k vizuálnímu umění nebo umělecké tvorbě mít, ale ukazuje se, že to skutečně není nutné. I ti, kteří měli špatné zkušenosti z výtvarné výchovy a neměli uměleckou tvorbu rádi, si našli cestu k vyjádření vzpomínek a emocí. V arteterapii k roli arteterapeuta patří být terapeutem, ale i koučem, facilitátorem a učitelem umění.

***Kterým směrem by se podle vašeho názoru měla arteterapeutická práce s traumatizovaným pacientem v budoucnu ubírat? Jaké jsou trendy v arteterapeutické práci?***

Arteterapie by se měla provádět v počátečních stádiích léčby traumatizovaných dospělých. V klinickém kontextu je artete-

rapie často prováděna v rámci multidisciplinární léčby nebo v případech, kdy byly bez výsledků vyzkoušeny jiné možnosti léčby (jak bylo popsáno v příběhu Ismela). Neschopnost vložit pocity do slov se u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) jeví jako relativně běžná (Foa et al., 2009). I když není možné použít slova, arteterapie je schopná zpracovat traumatizující zkušenosti zpřístupněním, externalizací a integrací traumatizujících vzpomínek.

Jeden z budoucích směrů arteterapie v léčbě traumatu vidím v jejím použití jako první, bezpečné léčby, například při přípravě nebo v kombinaci s metodou EMDR nebo s jinými, na trauma orientovanými léčebnými postupy.

Dalším důležitou oblastí je výzkum vlivu arteterapie na léčbu traumatu. Systematické review zaměřené na efektivitu arteterapie při léčbě traumatizovaných dospělých (Schouten et al., 2015) ukázalo účinnost arteterapie při snižování závažnosti PTSD symptomů, úzkosti a deprese. Kvalitativní analýza charakteristik arteterapie podle expertů na arteterapii (článek v přípravě) ukazuje, že arteterapie poskytuje přístup k traumatizujícím vzpomínkám a emocím, umožňuje jejich vyjádření v umění a následně jejich kognitivní integraci. Ukazuje se, že arteterapie má pozitivní efekt na duševní zdraví pacientů, posiluje jejich sebeobraz a sebevědomí, emocionální kontrolu a autonomii a také jejich psychickou odolnost a pohodu.

Díky literatuře a předchozím výzkumům byl sestaven a popsán arteterapeutický postup a arteterapie následující tento postup byla testována v pilotní studii v klinické praxi. Výsledky této pilotní studie uka-

zují, že tato arteterapie (Protocolized Art Therapy) je proveditelná a aplikovatelná jako individuální ambulantní léčba dospělých trpících PTSD z důvodu opakované a dlouhodobé traumatizace. Jako významná se ukázala také ochota pacientů podílet se na terapii. Adherence byla vysoká, drop-out byl zaznamenán jen u několika málo pacientů, což je pro tento vzorek populace neobvyklé. A bylo by dobré, aby empirický výzkum účinnosti arteterapie při léčbě traumatu pokračoval dále. Aktuálně se připravuje znáhodněná kontrolovaná studie (randomized controlled trial) o účinnosti arteterapie při snížení závažnosti symptomů a zlepšení duševního zdraví při léčbě PTSD.

Pro tuto chvíli i pro budoucnost je také podstatné, aby byla zaručena kvalita léčby, je důležité, aby arteterapii při léčbě traumatu prováděl kvalifikovaný a registrovaný arteterapeut s odbornými znalostmi a zkušeností v oboru arteterapie a léčby traumatu.

Nakonec bych chtěla ilustrovat význam arteterapie slovy jednoho z mých klientů (s těžkou a dlouhodobou traumatizací, jak se symptomy PTSD, tak také s psychotickou poruchou): „Před tím, než jsem sem přišel, bylo pro mě těžké vyjádřit své emoce. Arteterapie mě přivedla k vyjádření sebe sama lépe, než jsem byl kdy dříve schopen. Skrze arteterapii mohu nyní vyjádřit své pocity, svou bolest, svou frustraci, své emoce.“

*Foto: archiv Karin Schouten*

#### ZDROJE:

- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy, 23*, 157–164.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., et al. (2012)

- The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Retrieved May 13, 2014, from <http://www.istss.org/>
- Foa, E. B., Keane T. M., Friedman, M. J., and Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2nd Edition. New York: Guilford Press. 600–602.
- Mooren, T. & Stöfsl, M. (2014). *Diagnosing and treating Complex Trauma*. London: Routledge.
- Schouten, K. A., De Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. M. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: A systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, Violence and Abuse*, 220–8. doi: 10.1177/1524838014555032.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wertheim-Cahen, T., van Dijk, M., Schouten, K., Roozen I., & Drodek, B. (2004). About a weeping willow, a phoenix rising from its ashes, and building a house... art therapy with refugees: Three different perspectives. In J. P. Wilson, & B. Drozdek (Eds.), *Broken spirits: The treatments of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (419–442). New York: Brunner-Routledge.
- Wertheim-Cahen, T. (2007). De rol van vaktherapieën bij de behandeling van psychotrauma. In P. G. H. Aarts & W. D. Visser (Eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (313–328). Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.

## ČSAP - VÝCVIK V JUNGOVSKÉ PSYCHOTERAPII

Česká Společnost pro Analytickou Psychologii – jungovskou psychoterapii (ČSAP), poskytující výcvikové programy v psychoterapii akreditované pro práci ve zdravotnictví, oznamuje, že v září 2018 bude otevřen další čtyřletý kurz výcvikového programu orientovaného na analytickou psychoterapii. Semináře budou probíhat paralelně v Brně a Praze.

Další informace o výcviku najdete na stránkách [csap-cz.eu](http://csap-cz.eu) na záložce „Výcvik“.

Preferovány jsou osoby se zájmem o jungovskou psychologii, ukončené vysokoškolské vzdělání humanitního směru (či před dokončením), základní orientace v oblasti psychoterapie.

Přijímací pohovory proběhnou na jaře 2018. Svůj zájem můžete oznámit na [sekretarka.csap@seznam.cz](mailto:sekretarka.csap@seznam.cz), budete informováni o všech náležitostech potřebných pro přijímací řízení. Poslední možnost přihlášení do nově otevřeného běhu výcviku je do 28. 2. 2018.

## TRAUMA VE SKUPINÁCH

**Zkušenosti z týdenních pobytů psychotherapeutických skupin aktivistů z celého území Ruské federace**

### Trauma in Groups

**Experience of week-long stays with psychotherapeutic groups composed of the Human Rights Activists working in the whole Russian Federation**

**Věra Roubalová Kostlánová, Václav Mikota**

*Psychoterapie. 11 (2), 154–159; ISSN 1802-3983*

S perspektivou pouhého týdne intenzivního setkávání s klienty jsme se byli nuceni omezit na víceméně krizové intervence. I tak je možno konstatovat, že v mnohých případech bylo dosaženo užitečných výsledků. Mnozí účastníci pochopili, že starost o sebe a svou vlastní emoční rovnováhu je dobrou pomůckou k tomu, aby oni sami o to účinněji pomáhali svým klientům. Připouštět si strach z hrozcí nebo trvající perzekuce ze strany represivních orgánů není „opovržením slabost“, ale nutná opatrnost, kterou nemusejí před blízkými lidmi tajit, ale mohou se o ni podělit. S překvapením jsme zjišťovali, že mnozí účastníci, které jsme zprvu považovali za traumaticky nenávratně poškozené, regredované do „modu ekvivalence“, tj. do neschopnosti nezávislého úsudku o probíhajících událostech, nabývali rychle (v bezpečném týdenním zázemí) schopnosti bystře reflektovat sdělení druhých členů skupiny, aniž by docházelo k nenávisným sporům, jinými slovy, mohli tolerovat názorové rozdíly.

Naše čtyři týdenní psychotherapeutické pobyty probíhaly v roce 2013, 2014 a 2016 a byly určeny aktivistům z celého území ruské federace. Byli to právníci, sociální pracovníci a psychosociální pracovníci. V denním programu jsme každé dopoledne uspořádali

dvě devadesátiminutová skupinová sezení v kruhu, po obědě jsme rezervovali čas na odpočinek. V pozdním odpoledni se konaly společné klubové aktivity a po večeri měli účastníci možnost přihlásit se na individuální konzultace. Hlavně emočně šlo vždy o velice nabitý týden jak pro aktivisty, tak pro terapeuty. Skupiny o 15 až 16 členech se skládaly napůl z žen a mužů.

Účastníky vybíraly jejich domácí organizace. Jak jsme pochopili, byli instruováni v tom smyslu, že cílem pobytu je odpočinek a školení, jež má prohloubit jejich profesionální dovednosti. Přednostně jsme se zaměřili na získání nebo znovunabytí emoční rovnováhy aktivistů, u nichž jsme předpokládali vyčerpání, nebezpečí syndromu vyhoření, nebo dokonce příznaky posttraumatické stresové poruchy. Naše skupinové, klubové a individuální aktivity se teoreticky opíraly o postupy psychodynamické psychotherapie.

Pro účastníky z Kavkazu byly psychotherapeutické skupiny něco naprosto nového a neznámého. Na počátku pobytu bylo vždy seznamování, tzv. „kolečko“, kdy lidé mluvili většinou o své práci, ale již tam někdo přinesl svůj příběh, otevřel se a nastartoval dynamiku skupiny. Často ale bylo nejtěžší nabízet těmto lidem možnost hovořit osob-

ně, vracet se k sobě. Muži chtěli většinou mluvit o práci, politice, nebo žertovat. Ženy často mluvily o tradicích, o své víře, ale byly osobnější a otevřenější. Objevilo se například téma strachu. Domníváme se, že to často bylo poprvé, kdy tito lidé mohli o svém strachu hovořit otevřeně a sdílet jej s druhými. Časté bylo téma historie rodiny, konkrétních rodinných tradic, osobních válečných zkušeností, pracovního i osobního pronásledování. Osobní témata se nejlépe navozovala při rozhovorech nad jejich (arteterapeutickými) výtvary z odpoledního klubu. Velice se osvědčily práce v malých skupinách nebo i ve dvojicích, kde se lidé více otvírali. Skupina se zajímala také o naše zkušenosti s PTSP a s psychosomatickými jevy. Stejně zajímavá byla i práce se sny.

Na odpoledním klubu bylo většinou vesele a uvolněně. Skupina pracovala například s plastelínou a na daná témata se kreslilo jak individuálně, tak skupinově. Podnětná byla práce s kameny nebo dramaterapeutické postupy. *Uvedené aktivity by samy o sobě nestačily, kdyby po nich nenásledoval interpretativní rozbor volných asociativních nápadů k výsledkům tvorby.*

Večerní individuální pohovory probíhaly na pokojích terapeutů. Tam jsme se většinou věnovali jejich osobním příběhům, pocitům, obavám a traumatům. K našemu překvapení tito lidé v individuálním kontaktu vyjadřovali ohraničené osobní problémy, tematicky šli „rovnou k věci“, podobně jako klienti v našich ordinacích přicházející ke krizové intervenci. Bez jakéhokoli okolkování (příznačného pro jejich účast ve skupině) byli schopni přijímat i interpretativní pomoc.

Bylo velmi důležité, že aktivisté cítili ze strany terapeutů velkou podporu, solidaritu a oce-



**Věra  
Roubalová  
Kostlánová**

**Psychoterapeutka. V roce 1977 podepsala Chartu 77, po listopadu 1989 pracovala na ministerstvu vnitra v odboru pro uprchlíky, poté v nevládní organizaci Poradna pro uprchlíky. Poté si doplnila psychoterapeutické vzdělání a dlouhodobě pracuje v občanském sdružení inBáze. Pracovala se ženami v rámci multikulturních skupin, v současné době se věnuje psychoterapii s migranty, včetně uprchlíků.**

nění jejich práce. K tomu významně přispěla naše v principu podobná zkušenost s totalitním režimem v Československu.

Celkově byl projekt *krátkodobé* skupinové psychoterapie na území jiného státu jedinečný a originální. Aktivisté se díky skupinovému procesu dokázali emočně otevřít. Najednou se mohli věnovat sobě, nacházet podporu u druhých a necítit se osaměle ve svých problémech, obavách i ve svém snažení.

### S ČÍM TITO AKTIVISTÉ PŘIJÍŽDĚJÍ?

S fyzickou i psychickou únavou. S velice traumatizujícími zážitky přenášenými v rodinách ze stalinského období, z válek na Severním Kavkazu i ze současné a nekončící totality. Přijíždějí s únavou z neustálých kontrol jejich organizací, z neustálého osobního ohrožení i z toho,



**Václav  
Mikota**

**Pražský psychoanalytik, psychoterapeut, psychiatr. Člen a tréninkový analytik České psychoanalytické společnosti.**

že jejich práce nemá hmatatelné výsledky, natož pak ocenění, nehledě na to, že nízké finanční ohodnocení některým znemožňuje zakládat rodiny. Hlavně s reálným strachem o své blízké. Také s tím, že v jejich zemích je mnoho pohrbů, rakoviny a dalších zdravotních následků válek.

Většinou byli hrdí na svou rodinnou historii a rodokmen. Přivázeli si s sebou však i rozbité vztahy v rodinách a někdy i zklamání z lidí, kteří podlehlí totalitnímu systému a spolupracovali. Jedna žena, která byla opakovaně na tomto pobytu, přijela přímo se zakázkou „chci se naučit říkat si o pomoc“.

#### CO SI AKTIVISTÉ UVĚDOMUJÍ V PRŮBĚHU POBYTU

Cítili, že jsme schopni se do nich vžít a chápat jejich strachy a problémy. Začali si uvědomovat, že nemusejí být vždy silní, ale naopak si mohou dovolit být slabí nebo nemocní a zároveň mohou mít sami sebe rádi. To byla pro většinu úplná novinka.

Novinkou pro ně byl i psychosomatický přístup, pomáhající vnímat tělesné ekviva-

lenty emocí. Zjistili, jak je pro ně obtížné projevovat některé pocity, zejména strach a nejistotu, což bylo dané výchovou (často transgeneračním přenosem traumat). S tím souviselo i uvědomění si, že spolykané emoce často způsobují těžké fyzické problémy a nemoci. Uvědomili si, že v jejich zemích je tím nejhlavnějším faktorem to, „co řeknou lidé“ – nejpodstatnější je neztratit čest. Cítili, že v terapii mohou mluvit i o tom, že je jim zatěžko poslouchat stále ty hrůzy o dalším násilí a pronásledování. Někteří se postupně dokázali i odpojit od zpráv z domova.

Jiní se naopak nedokázali uvolnit, cítili se stále propojeni s problémy a ohrožením své země. Bylo důležité, že na skupině mohli mluvit o pocitu nenahraditelnosti ve své práci. Nakonec připouštěli i možnost, že se o své kompetence podělí a najdou si nějakou uspokojivou oblast činnosti, jako je třeba práce s dětmi, nebo jiné zájmy, jež by je mohly „nabít“ pozitivními emocemi.

#### INDIVIDUÁLNÍ TERAPIE

Věra zdůrazňuje hledání toho, kde a jak nabrat síly, nebo se dokonce naučit se radovat. Uvědomila si, že je důležité oceňovat jejich odvalu a vytrvalost a zároveň projevovat i starost o jejich síly a zdraví. Jejich stereotyp starání se o druhé se projevil i v tom, že někteří nás, terapeuty, šetřili při popisu hrůz válek.

Kromě jiného si uvědomila, že aktivisty velmi zajímají následky posttraumatické stresové poruchy (PTSP), protože tak mohou lépe porozumět a pomáhat druhým. Mezi aktivisty byli i lidé, kteří sami trpěli PTSP. Týdenní pobyt je velice krátký a je spíše podobný krizové intervenci, ale bylo důležité otevřít jim oblast PTSP a ukázat,



že to co prožívají, mohou být i dlouhodobé důsledky posttraumatických stresových poruch. Pro nás bylo nejtěžší to, že se do pokračujících traumatických situací a atmosféry války po našem setkání vracejí. Že nemusejí zpracovávat jen traumata minulé, ale i současná a budoucí.

Ve své většině vypadali účastníci ke konci pobytu odpočatější a posílení. Mnozí si vnitřně uspořádali své osobní vztahy, byli schopni a ochotni se na ně podívat jinak než dříve a zvažovali pokusy o jejich změnu. U žen spočíval nejsilnější motiv v tom, že nemusejí být pořád ty nejsilnější a mohou nechat vedle sebe vyrůst své děti, muže, a nakonec i své následovníky v práci. Mnohé z nich si přály vzdělávat se v psychologii či psychoterapii a užívat jich ve své práci.

Složení skupiny se při opakovaných pobytech (k našemu zklamání) často podstatně měnilo. Přijel-li někdo opakovaně, rychleji se zapojoval a mluvil otevřeněji. To se týkalo zejména žen. Muži déle trvali na tom, že musejí být silní, nemluvit o sobě a glorifikovat rodiče a zejména prarodiče.

## UKÁZKY SKUPINOVÉ PRÁCE S AKTIVISTY

### 1/ Můj nejšťastnější den

Vědomi si pocitu bezmoci při představě, že naši klienti se brzy po setkání s námi do traumatizujícího prostředí vracejí, snažili jsme se jim „příhrát“ některé pro jejich další život povzbuzující vzpomínky. Jednou z klubových aktivit byla kresba „mého nejšťastnějšího dne“.

Jeden klient nakreslil okamžik, kdy se vrátil domů otec, jehož rodina předtím bezúspěšně hledala. Emoční prožívání ostatních členů bylo velmi silné. U některých se začaly objevovat obdobné traumatické vzpomínky,

jež spolu s protagonistou otevřeně prožili.

### 2/ Fyzické a psychické násilí

Při jednom individuálním pohovoru se klient svěřil (Věře R.) s tím, že nedávno na sobě zažil fyzické i psychické násilí, které bylo brutální a hlavně velice ponižující. Klient projevoval zřetelné příznaky posttraumatické stresové poruchy: emoční nevyrovnanost, nespavost, úzkosti, výbuchy vzteku apod. Později se s tím částečně svěřil na skupině. Líčení prožitého traumatu bylo naléhavé, silně emoční až obviňující. Skupina se cítila zastrašena. Nikdo ho nepodpořil. Jako by každý z účastníků měl potřebu si se svým strachem zalézt do sebe, odstříhnout se.

Právě proto, že zveřejněné trauma mohlo být po návratu domů aktuální pro kteréhokoliv účastníka, byla v podstatě celá skupina paralyzována. Členové se uzavřeli a jen velice obtížně bylo možné pokračovat. Cítili jsme, že reálný strach, který pozřel skupinu, je zahlcující i pro nás. Hledali jsme téma pro odpolední klub. Nakonec jsme navrhli hru, kdy si každý vybral tři obrázky z Dixit karet, které se pojily k jeho představě „svého smyslu života“. Toto existenciální téma se nevyhýbalo těžké atmosféře ve skupině, ale zároveň umožňovalo uvolnění a v několika případech bylo přijato i s humorem. Všem se nám ulevilo.

### 3/ Důvěra

Ve skupině si všichni lidsko-právní aktivisté uvědomovali, že v Rusku jsou čím dál víc odposlouchávání. Jak potom pracovat s důvěrou jakožto nepostradatelnou podmínkou existence skupiny? Při závěrečném hodnocení byla znát v tomto smyslu opatrnost. Padla zmínka, že se museli nejdříve poznat. Větší důvěra byla při práci v men-

ších skupinách, ještě větší ve dvojicích a maximální při večerních individuálních pohovorech s terapeutu.

Důvěře ve skupině pomáhalo otevřené jednání terapeutů, sdílení zkušeností s StB v bývalém Československu pod bonmotem Woodyho Allena: „Máš-li paranoiu, to ještě neznamená, že po tobě nejdou“.

#### 4/ Jak mluvit s traumatizovanými

Jedno z konkrétních témat přinesl například jeden člen skupiny, právník: „Jak dlouho mám klienta nechat mluvit, když například pláče. Kdy mohu, jako právník, začít psát, pracovat?“ Ptali jsme se pochopitelně na to, jaké pocity má on, když mluví s traumatizovaným. Členové skupiny se v této praktické situaci dobře doplňovali. Jeho soused se pokusil o přirovnání: „Jedna moje noha je s klientem, druhá je moje“. Ozývaly se i pocity vzteku („proč klient nepřišel dříve, ale to mu nemohu říct, urazil bych ho“, „někdy klienti i lžou“). Nebo pocity bezmoci („už je pozdě, nestihnu to“, anebo „klient se přijde jen vypovídat, a pak po mně chce, abych případ nechal být“).

Zmíněné pocity účastníků skupin jsou společně všem příslušníkům pomáhajících profesí, známé pod společným označením „protipřenosové“. Paralelně s tím, jak se je učí v sobě překonávat, aniž by se za ně svým klientům (často nevědomky) mstili, jsou pro ně zdrojem poučení o tom, že ve vztahu ke svým klientům nevládnou „povinnou všemocí“, ale pouze „ohraničenou kompetencí“.

Ve skupinovém rozboru takových situací jsme se mohli zabývat sklonem těch, kdo trvají na „povinné všemoci aniž by s někým mohli sdílet její neuskutečnitelnost“ k depresivním rozladám nebo k psychoso-

matickým reakcím. Nejmocnější překážkou našich frekventantů přiznat si pouhou „ohraničenou kompetenci“ byla obava, aby nebyli svými kolegy hanlivě označeni za ty, kteří „přijali roli obětí“.

Jak to tak bývá, těsně před koncem skupiny se jeden člen svěřil s tím, že mu naše „rehabilitace“ nepomáhá, že je bezradný a neví, co má dělat. Má v sobě **neustále se opakující dialog mezi hlavou a srdcem**. Navrhli jsme skupině a ta souhlasila, že místo odpoledního klubu uskutečníme skupinu a budeme se tomuto tématu věnovat. Tam se svěřil se svými starostmi, nedůvěrou, komplikovanými vztahy v rodině i v práci a přál si **přerušit ten opakující se dialog v sobě**.

Jak se ukázalo (a pravidelně se ukazuje u účastníků „neurotických“ psychoterapeutických skupin), zásah spočíval nikoli v „zastavení“ vnitřního dialogu, ale v jeho „rozšíření“ o dříve tabuizovaná témata, jimž se onen účastník vyhýbal, a proto se pravidelně „patologickým kruhem“ vracel na jejich začátek. Počínal si na způsob dávných Řeků, kteří se vyhýbali pohledu na hlavy Medúzy (Gorgony) kvůli obavám, že hrůzou zkamení. Základním principem skupinové psychoterapie je vytvořit pro její účastníky natolik bezpečné prostředí, aby se na Medúzu podívali a zjistili, že nejen neutrpěli žádnou strašnou újmu, ale naopak se odvážili řešit dříve tabuizované, a proto se stále navracející problémy. Toto „rozšíření vnitřního dialogu“ pomohlo jak našemu protagonistovi, tak i ostatním členům skupiny, aby se zmírnil jejich strach z dříve tabuizovaných témat.

Zdaleka ne u všech členů skupiny bylo překonání „odporu proti nahlížení“ tak snadné. Během jednoho pobytového setkání se vytvořila podskupina „silných mužů“,

kteří se usnesli na přesvědčení, že docházka na skupinu je „dobrá leda pro ženy“ a začali účast na ni bojkotovat do té doby, než jeden z nich přišel za Václavem, aby mu sdělil, že jeho otec byl léta vězněn za účast

na protestní demonstraci proti obsazení ČSSR v roce 1968.

*Celý článek najdete na internetových stránkách Psychoterapie: <http://psychoterapie.fss.muni.cz/>*

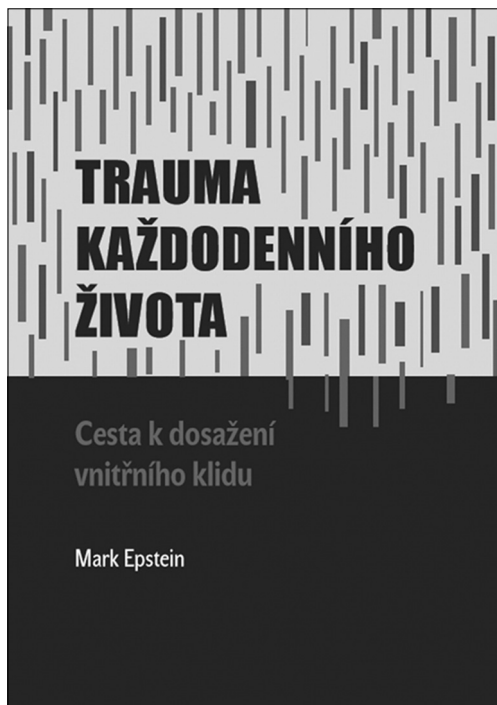
## NEVYHNUTELNÉ TRAUMA JAKO VÝZVA K SEBEPŘESAŽENÍ

**Mark Epstein (2016). Trauma každodenního života:  
Cesta k dosažení vnitřního klidu. Brno, Emitos.**

Jan Benda

Newyorský psychiatr Mark Epstein patří k uznávaným odborníkům, jenž ve svých knihách o lidské mysli integruje vhledy ze své psychotherapeutické praxe se zkušenostmi získanými díky intenzivní meditaci všímavosti (*vipassanā*) a díky teoretickému studiu Buddhova učení. Jeho práce jsou překládány do mnoha jazyků. V českém překladu vyšly zatím dvě jeho knihy. Jeho prvotinu – bestseller „Myšlenky bez myslitele: Psychotherapie z pohledu buddhismu“ – vydalo v roce 2013 nakladatelství Maitrea. Jeho šestou a zatím poslední knihu „Trauma každodenního života“ vydalo loni nakladatelství Emitos.

Základním východiskem této nejnovější Epsteinovy knihy je autorovo konstatování, že trauma patří nevyhnutelně k lidské existenci. Každý člověk podle něj zažívá trauma. Kromě zjevných traumat spojených s životními ztrátami, smrtí, nehodami, nemocemi nebo zneužitím, existují totiž i traumata méně nápadná, zato však všudypřítomná. Příkladem může být tzv. „vývojové trauma“, které vzniká, jestliže mezi matkou a kojencem chybí dostatečně empatické napojení. Podle Epsteinova je kojenec v takovém případě zaplaven pocitem, který není připraven zvládat (srov. též pojem „narcistické zranění“). Prožívá intenzivní emoční bolest a propadá se do „primitivní agonie“, jež se později stává zdrojem „vývojového traumatu“ a eventu-



álně i pozdější sebenenávisti a další psychopatologie. Protože se ale vzniku takových traumat v životě podle Epsteinova nelze vyhnout, stává se pro člověka výzvou spíše to, jak se k traumatu později vztahuje.

Epstein v knize upozorňuje na nebezpečí disociace čili distancování se od nepříjemných emocí spojených s traumatem, s nímž se lze setkat jak u psychotherapeutických pacientů, tak i u dlouhodobě meditujících (viz tzv. „spirituální bypass“). A ukazuje, že cesta z traumatu ve skutečnosti vede „skrze

něj“. Transformační potenciál traumatu pak Epstein podrobně ilustruje fascinující analýzou Buddhova života, v níž odhaluje souvislosti v tradiční verzi příběhu poměrně skryté, avšak pro psychologa nanejvýš zajímavé.

Podle tradice zemřela Buddhova matka sedm dní po porodu. Malého Siddhatthu si vzala do péče jeho teta. Měl i vlastní kojnou. Jeho otec, který byl emočně zasažen ztrátou milované ženy, se o svého syna natolik obával, že ho chtěl ochránit před sebemenším nepohodlím. A tak byl Siddhatta celé dětství a mládí obklopen hmotným přepychem. Měl sluhy, kteří se starali o jeho potřeby. Měl zdánlivě vše, co si mohl přát. Epstein však na úryvcích z Anguttara–Nikáji dokládá, že Siddhattovo otcem mohutně podporované, grandiózní „falešné já“, bylo přesto velmi křehké a Siddhatta byl vlastně vnitřně velmi nejistý a osamělý. Když se pak iluze, v níž Siddhatta žil celých 29 let, konečně rozplynula, a Siddhatta byl konfrontován se zranitelností lidského života, s nemocí, stářím a smrtí, vyústilo to u něj v osobnostní krizi, která se stala počátkem jeho duchovního hledání a cesty za osvícením.

Epstein v knize pak dále vysvětluje důvody, proč byla Siddhattova cesta za osvicením zpočátku tak tvrdá, asketická, spojená s potlačováním fyzických potřeb, sebetřýzněním a sebeumrtvováním (viz „acting-

out“). A ukazuje i „bod zlomu“, který nastal v momentě, kdy Siddhatta k sobě začal být laskavější a soucitnější. Epstein v této souvislosti vykládá pět Siddhattových snů, které se dochovaly v záznamech a které se budoucímu Buddhovi zdály krátce před osvícením. Ukazuje, že sny přinášely obrazy empatické mateřské péče, a že právě takový „mateřský“ postoj k vlastním do té doby vytěšňovaným pocitům a emocím umožnil pak Siddhattovi další pokrok v meditaci i dosažení nibbány.

Epstein na příkladu Buddhova života dokládá nevyhnutelně traumatickou povahu každodenního života. Píše o tom, co Kundera nazýval „nesnesitelnou lehkostí bytí“ a Řek Zorba a Kabat-Zinn o tom mluví jako o „životě v celé té katastrofě“ (česky viz kniha „Život samá pohroma“, Jan Melvil Publishing, 2016). Ukazuje ale, že toto trauma, které všichni zažíváme, přináší i příležitost k růstu. Skrývá v sobě totiž možnost „dotknout se“ této univerzální bolesti a tím překročit vnitřní osamělost a probudit v sobě živý a soucitný vztah k sobě i k druhým. Trauma nás může učinit laskavějšími a moudřejšími. To je, myslím, hlavní poselství knihy. Poselství, které může oslovit terapeuty, meditující, ale i jakékoli vnímavé čtenáře.

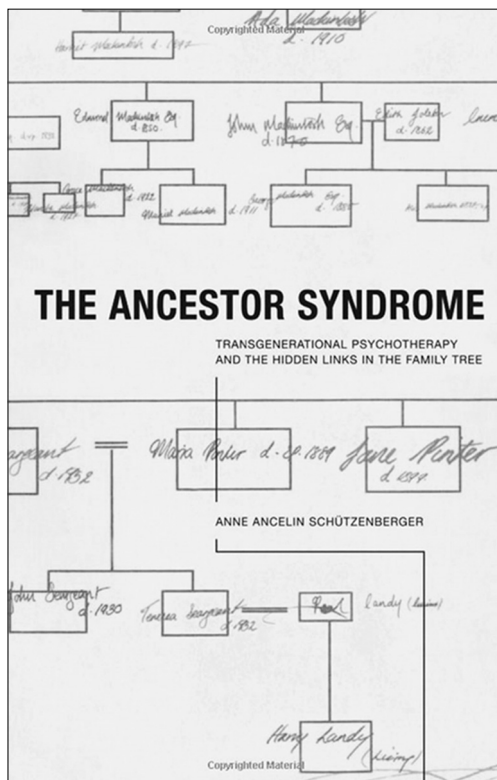
*Autor je privátní psycholog a psychoterapeut.*

## NEVIDITELNÉ NITĚ VINOUCÍ SE MEZI GENERACEMI

Schützberger, A. A. (2014). *The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the hidden links in the family tree*. London: Routledge.

Aneta Cvrčková

Kniha *The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the hidden links in the family tree* vyšla původně v originálním znění: *Ade, Mes Adeaux!: Liens Transgénérationnels, Secrets De Famille, Syndrome D'anniversaire, Transmission Des Traumatismes Et Pratique Du Géno-sociogramme* v roce 1998. Autorka Anne Ancelin Schützberger v knize popisuje svůj kontextuální transgenerační psychogenealogický přístup k psychoterapii. V době vydání knihy má za sebou praxi dlouhou téměř půl století a představuje zde tak vhléd do své, svým způsobem, unikátní klinické práce, a to velmi čtivým způsobem. Především pro rodinné terapeuty by mohla být tato kniha zajímavým zdrojem obohacení a nových pohledů na procesy (nejen) v rodině. Pro všechny ostatní může být pak přinejhorším poměrně příjemným čtením obohaceným o mnohdy až fascinující kazuistiky z autorčiny praxe. Skrze celou knihu se prolíná kritické zdůrazňování, že jde „pouze“ o závěry z klinické zkušenosti autorky, zmiňuje (a v příloze detailněji představuje) pouze jeden výzkum realizovaný před více než půl stoletím s nadějí, že výzkumy v této oblasti najdou své místo na světle světa. Zároveň je třeba nahlížet na knihu jako pozvánku do náhledu zkušeností a praxe psychoterapeutky, nikoli „příručku“, jak tento přístup aplikovat či jak se vypořádat s již vnímaným transgeneračním přenosem ve vlastní rodině.



Autorka ve své praxi a svém přístupu vychází z pozice psychoterapeutky, s výcvikem ve freudiánské psychoanalýze a psychodramatu, rovněž ji v jejím přístupu inspirovali Leon Festinger, antropologové Margaret Meadová, Gregory Bateson, Erving Goffman, dále pak Carl Rogers a rovněž skupina rodinných terapeutů z Palo Alto. Autorka popisuje neviditelné nitě, které se vinou mezi generacemi v rodi-

nách, kdy určité události či zažitá traumata předky, ovlivňují životy jejich potomků. K nalezení paralel v životě mezi generacemi využívá tzv. genosociogram, tedy „rodokmen“ zdůrazňující různé typy vztahů, které má daný klient s prostředím, a vazeb mezi různými lidmi. Tento genosociogram pak obohacuje podrobným pozorováním neverbální komunikace či pozorovatelných fyziologických změn na klientovi. Přináší tak na světlo řečené i neřečené, minulé a přítomné, sociální a emocionální vazby a vztahy v rámci psychohistorického kontextu. Zároveň zdůrazňuje, že se nejedná o univerzální všelék a nemůže nahradit psychoterapii, spíše se jedná o doplněk terapie či nástroj pro začátek terapie. Ve vlastním terapeutickém přístupu, tedy kontextuální transgenerační psychogenealogii, zdůrazňuje klinické pozorování a syntézu založenou na vynaloženém úsilí klientem a terapeutem. Terapeut musí zůstat centrováný na klienta a jeho zážitky, co vyjadřuje přímými i nepřímými cestami. Zároveň zdůrazňuje nutnost terapeuta se soustředit na své vlastní asociace a vlastní vlak myšlenek, protipřenos a vlastní zkušenosti. Kniha je rozdělena do dvou částí. První část tvoří převážně teoretický podklad, který je rovněž obohacen kazuistikami i paralelami s událostmi z historie. Druhou část tvoří pak podrobné kazuistiky z autorčiny praxe se zjednodušenými ilustracemi genosociogramů.

V první části knihy nás autorka seznamuje nejprve s prací významných osobností, na jejichž práci staví, jako je koncept nevědomí Sigmunda Freuda, kolektivního nevědomí Carla Gustava Junga, „*co – conscious / co – unconscious*“ rodiny či skupiny a sociální atom Jacoba Levy Morena.

Dále představuje práci rodinných terapeutů z Palo Alto, koncept „invisible loyalties“ a parentifikace Ivana Boszormenyi – Nagy, teorii „The crypt and the phantom“ Nicolase Abrahama a Marii Torok. Koncept „Anniversary syndrome“ Josephine Hilgard, na jejíž výzkum se autorka odkazuje a sama se danému konceptu dále hlouběji věnuje. Kniha je tak tedy i přístupná čtenáři, který je transgeneračním přístupem zatím neseznámený a nemá hluboké znalosti z oblasti psychoanalýzy či rodinné terapie.

V osmé kapitole pak podává podrobný praktický návod, jak si sestavit svůj vlastní genosociogram. Zdůrazňuje, že se nejedná o objektivní genealogický výzkum, zároveň jde o více než jednoduchý rodokmen, krom objektivně důležitých témat (narození apod.), se zde zaznamenávají i subjektivně důležité události (např. místo dovolené, rodinné oslavy či materiální objekty). Rovněž je důležité brát v úvahu historický, politický, sociologický a ekonomický kontext, který mohl ovlivnit prožívání rodiny. Autorka přikládá dokonce v příloze seznam důležitých historických milníků. Nicméně pokud si čtenář vyzkouší svůj genosociogram nakreslit, je důležité mít na paměti, že ilustrace v knize jsou opravdu značně zjednodušující. Návod má rozhodně však nezastupitelnou funkci v možnosti pochopení ilustrací.

Druhá část je tvořena obohacujícími kazuistikami, při jejichž čtení se mi místy tajil dech a na nichž ukazuje, jak se hledají paralely mezi životem rodinných generací a jak jen samotné pochopení opakujících se vzorců může napomoci k jejich redukci. Při jejich čtení mi však chyběl určitý aspekt „zakončení“, autorka píše, že porozumění opakujícím se událostem ve vlastní rodině skrze generace umožní porozumět vlast-

nímu chování, ale stačí to, aby jedinec tak dokázal zajistit redukcí těchto opakujících se událostí? Zároveň se v knize neuvádí, jak předejít např. sebenaplňujícímu se proroctví v případě, že k opakované události např. zatím nedošlo, nicméně, autorka knihu nepředstavuje, jako terapeutickou příručku, ale jako náhled do vlastní praxe.

Velmi oceňuji, že své dílo nepředstavuje autorka jako „dogma“, ale navrhuje i jiné způsoby řešení či vysvětlení v rámci ka-  
zuistik, knihou se místy více patrný určitý

náhled na svou práci. Jediné, co bych kni-  
ze vytkla, je poměrně velký důraz na his-  
torické události, které mohou potěšit velké  
milovníky historie, ale pro mě se spíše  
v některých případech jednalo o nadby-  
tečné pasáže, jejichž hlubší účel mi zů-  
stal skryt. Knihu doporučuji především  
všem se zájmem o systemické a rodinné  
procesy.

*Autorka je studentkou psychologie na ka-  
tedře FSS MU*



## PRAKTICKÝ PRŮVODCE PSYCHOTERAPEUTA PŘI INTEGRACI VŠÍMAVOSTI DO TERAPIE

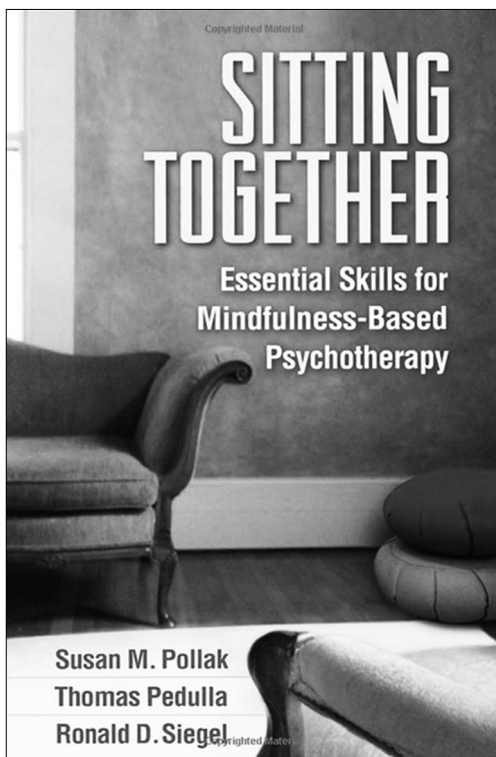
**S. M. Pollak, T. Pedulla, R. D. Siegel (2014). *Sitting Together – Essential Skills for Mindfulness-Based Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.**

Eva Brabcová

V roce 2014 vyšla kniha *Sitting Together* zabývající se propojením meditace s psychoterapií a začleněním některých technik využívajících všímavost (mindfulness) do klinické praxe. Autoři knihy mají bohatou zkušenost se všímavostí a jejím prostoupením klinickou praxí, čímž se zabývají již více než 30 let.

Susan M. Pollak je klinickou školitelkou na Harvard Medical School, kde vyučuje od 90. let, navíc má svou soukromou praxi. Je také prezidentkou Institutu pro meditaci a psychoterapii (IMP). Dlouhodobě se zabývá meditací, jógou a integrací prvků všímavosti do psychoterapie. Thomas Pedulla je sociální pracovník a psychoterapeut. Ve své psychoterapeutické praxi propojuje prvky všímavosti s kognitivní terapií. Rovněž je členem Institutu pro meditaci a psychoterapii. Ronald D. Siegel stejně jako Susan Pollak vyučuje na Harvard Medical School. Má svou soukromou klinickou praxi a zároveň vyučuje na mezinárodní úrovni o propojení všímavosti s psychoterapií. Všichni autoři této knihy napsali již spoustu publikací na téma všímavosti a její integrace v psychoterapii.

Tato kniha je určena především praktikujícím psychoterapeutům a klinickým psychologům, kteří mají zájem o začlenění praktik založených na všímavosti do své práce s klienty. Jak sám název napovídá,



kniha poskytuje zejména informace o základních, podstatných dovednostech potřebných pro terapii založenou na všímavosti. Tato kniha podává čtenářům základní teoretický kontext všímavosti a konkrétní praktické návody, jak uplatňovat jednotlivé techniky v psychoterapeutické práci s klienty. Autoři knihu prostupují odkazy na další literaturu pro hlubší pochopení

problematiky a své argumenty podkládají dalšími zdroji, nicméně pro podporu svých tvrzení používají často spíše anekdotické důkazy a své vlastní klinické zkušenosti, než empirické výzkumy. Kniha poskytuje nespočet praktických cvičení a přesných návodů, jak tato cvičení provádět. Tato cvičení jsou navíc často doprovázena konkrétními příklady z praxe, díky nimž může čtenář cvičení lépe pochopit.

Kniha *Sitting Together* je rozdělena do deseti kapitol, jež v logické návaznosti představují hlavní principy všímavosti. Klade si za cíl být praktickým průvodcem psychoterapeuta při integraci všímavosti do své práce. Podle autorů je právě všímavost nejrychleji se rozvíjející oblastí prostupující do psychoterapie, kterou lze efektivně použít v mnoha směrech psychoterapie, stejně tak je podle autorů použitelná pro velké množství psychických potíží. Cílem knihy je podle jejích autorů zejména podat základní informace a návody klinickým psychologům a psychoterapeutům, kteří se začínají zajímat o všímavost a chtěli by ji zahrnout ve své práci s klienty, avšak nejsou si jisti, jak začít, stejně tak je kniha zaměřena na začlenění všímavosti nejen do praxe, ale i do osobního života čtenáře.

V úvodu knihy autoři ve zkratce představují, komu je kniha určena a důvody, proč se zabývat všímavostí a její vhodností zařazení do terapie. První dvě kapitoly knihy jsou zaměřeny na teoretické uvedení do problematiky všímavosti, seznámení s kontextem vzniku a informacemi, jak integrovat všímavost do psychoterapie. Autoři zde podávají podrobný návod, jak přizpůsobit všímavost jednotlivým konkrétním situacím v terapii a jednotlivým pacientům. V úvodních kapitolách je uvedeno i pro koho

může být meditace kontraproduktivní, či nebezpečná. Autoři se zabývají také religiózní stránkou všímavosti a podávají rady, jak pracovat s věřícími klienty i s ateisty, dodávají rovněž povzbuzení pro případy těžkostí.

Třetí kapitola pojednává o praktikách, jak integrovat všímavost do terapeutického vztahu a do situace terapie. Kapitola přináší konkrétní návody, jak provádět jednotlivé techniky, a provází je vysvětleními. Čtvrtá kapitola hovoří o procvičování koncentrace, popisuje koncentraci a vysvětluje, proč je v kontextu všímavosti důležitá. V této kapitole čtenář najde návody, jak rozvíjet a zušlechťovat koncentraci a jak tuto dovednost rozvíjet u klientů. Kapitola je protkána konkrétními návody, jak provádět cvičení, jež se zaměřují například na práci s dechem, na tato cvičení navazují klinické ilustrace z praxe autorů, čímž dotváří celkový obraz. Pátá kapitola logicky navazuje na předchozí, pojednává o navázání na dovednost koncentrace otevřeným monitorováním. Díky této dovednosti je terapeut podle autorů schopen lépe vnímat dění kolem sebe i jednotlivé problémy klientů.

Následující dvě kapitoly popisují, jak je možné rozvádět základní techniky založené na všímavosti, jako láskyplnou laskavost, soucit a vyrovnanost. V celé knize je velmi užitečné, že jednotlivé kapitoly navazují na ty předchozí, přičemž v každé další kapitole se do určité míry předpokládá zvládnutí předchozích technik. Autoři říkají, že díky rozvoji schopnosti pozornosti je terapeut schopen lépe porozumět klientům v jejich komplexnosti. Obě kapitoly opět oživují konkrétní zkušenosti z praxe.

Osmá kapitola pojednává o tom, jak zpřístupnit všímavost v psychoterapii co nej-

širšímu spektru klientů. Autoři v kapitole hovoří o vhodnosti všímavosti pro rozličné skupiny klientů a udávají konkrétní návody, jak všímavost v terapii klientovi uvést, jak konkrétně začít. Díky konkrétní ukázce z praxe si může čtenář lépe představit, jak může ve své praxi se všímavostí pracovat sám. Autoři však říkají, že je třeba všechny techniky přizpůsobit každému jednotlivému klientovi, a navíc že ne všechny techniky jsou vhodné pro všechny klienty. V kapitole také mluví o každé praktice konkrétněji, popisují, jak ji uvést do praxe. Devátá kapitola se zabývá vhodným pořadím jednotlivých cvičení v terapii. Udává doporučenou sekvenci jednotlivých cvičení, aby bylo dosaženo vysoké efektivity, avšak autoři opět poukazují na vhodnost přizpůsobení podle vlastního uvážení terapeuta.

Poslední kapitola se zabývá prohlubováním schopnosti všímavosti. Poskytuje informace pro ty, kdo chtějí rozvíjet svou všímavost více i v osobním životě. Autoři v této kapitole popisují výhody prohloubení schopnosti meditace, praktické rady, jak tuto schopnost rozvíjet, nebo i větší kontext buddhistické tradice. I v této kapitole čtenář najde spoustu příkladů z klinické praxe, jež dotvářejí celkový dojem a umožňují lepší porozumění. Najdeme zde také informace o konkrétních klinických programech, jež jsou založeny na všímavosti, jako například Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Relapse Prevention a další. Apendix této knihy poskytuje výčet technik,

kteří se hodí pro jednotlivá psychologická onemocnění.

Jako velmi užitečné v knize vnímám jednotlivé klinické ilustrace, jimiž je text hojně prostoupen. Díky nim je možné si lépe představit, jak jednotlivé teoretické pojmy a návody skutečně uplatnit v praxi. Některé teoretické pojmy mohou být zpočátku v knize hůře představitelné, klinické ilustrace je však logicky doplňují. Kniha je čtivým, jednoduchým návodem, jak se seznámit se všímavostí, jak si vyzkoušet jednotlivé její techniky a jak je vhodně začlenit do psychoterapie. Není vyčerpávajícím výčtem a návodem, jak získat dovednost všímavosti. Autoři sami však upozorňují, že na tento cíl neaspírají a že k získání dovednosti všímavosti je třeba podrobnějšího studia a praxe. Výhodou knihy je, že obsahuje zdroje pro další studium problematiky. Jako další výhodu publikace vnímám fakt, že je psána jednoduchým jazykem a jednotlivá cvičení jsou snadno pochopitelná a to i přes složitost samotného učení se všímavosti. Také se mi líbí, že autoři napříč knihou volí povzbudivý tón a podporují čtenáře, i když se mu jednotlivé techniky nemusí dařit provádět. Pro podporu argumentů bych v knize ocenila více odkazů na empirické studie. Navíc na mě kniha často působila, jakoby autoři měli potřebu obhajovat principy všímavosti za každou cenu.

*Autorka je studentkou psychologie na katedře FSS MU*



## 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 1000 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](mailto:psychoterapie@fss.muni.cz).

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úbozích 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 zaměřením 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).



