

Vodítka pro práci s traumatem: Inspirace z gestalt terapie

Guides for working with trauma: An inspiration from gestalt therapy

Ivana Vidaković^a, Jan Roubal^b, Willi Butollo^c

PUBLIKOVÁNO: Vidakovic I., Roubal J., & Butollo W. (2017). Vodítka pro práci s traumatem: Inspirace z gestalt terapie. *Psychoterapie*, Masarykova univerzita, roč. 11, č. 2, s. 98-108. ISSN 1802-3983.

^a Gestalt Studio v Bělehradě, SRB, email: ividakovic@ian.org.rs

^b Katedra psychologie FSS MU v Brně, CZ, email: jan.roubal.cz@gmail.com

^c Institut Traumaterapie v Mnichově, D, email: willi@butollo.de

Abstrakt

Psychoterapie je prokazatelně základní složkou účinné léčby lidí s posttraumatickými reakcemi. Nadále však zůstává otevřená otázka, jaké konkrétní aspekty a postupy psychoterapeutického 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 psychoterapeutickou 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. 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 zvládá se s akutními reakcemi na stres vypořádat. Pokud ale prožitek vyvolaný traumatickou událostí přesáhne individuální kapacitu jej 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 literatuře 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 diagnostice 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 terapeuty odkazujeme na texty prezentujících autorů, které se tématu věnují specificky v rámci teorie gestalt terapie (Butollo, 2013; Butollo et al., 2014b; Vidakovic, 2013; Vidakovic, 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 situaci z minulosti, doporučuje se vracet se k 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 and 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 zpracovávání traumatické zkušenosti, během kterého se průběžně vybíjí emoční náboj a rozvíjí se kapacita emoce integrovat. Nejobtížnější fází je prožitek prázdnoty, který ale v terapii umožní klientovi objevit nový pohled na sebe (Melnick & Nevis, 1998).

Gestalt terapeutický pohled na PTSD později rozvedl Cohen (2003), který symptomy traumatu nahlížel jako polarity 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 procesu jejího zpracovávání, tak při opouštění této původní traumatické zkušenosti. Fenomenologický přístup práce zde a nyní vede k obnovení 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 (Vidakovic, 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 zrcadlil 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. Zvláště by si měl terapeut dát pozor na to, kdy se cítí příliš vtahován do traumatického příběhu a pociťuje impulzy k dalšímu detailnímu propracování. Kdyby takové impulzy následoval, sám by se dostával do pozice toho, kdo narušuje bezpečné hranice klienta a neopouští 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 cvičení 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 bezpečné 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 pojmenovávání 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, zvlášť 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 citlivé 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 odstupů, 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 díky podpoře a podněcování terapeuta se postupně 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 posílení 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 zůstal 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 propracovávat 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 jejích dopadů je pak lze začlenit do plynutí životního příběhu 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 nespojité 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 zneužíváni, 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; Vidakovic, 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 podpůrné zdroje. Terapeut vytváří podpůrné 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, sebepřijímání 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). *Diagnostic 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). Posttraumatic Stress Disorder, in Harlow (ed.) *Clinical handbook of psychological disorders*, 3rded. 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
- Yehuda, 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.

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 komisi Human Rights & Social Responsibility, Research Committee a vede komisi Professional Competencies & Qualitative Standards.

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-editovat 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).

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. 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.