Luise Reddemann

Léčivá síla imaginace

Terapeutická práce s následky traumat

portál

SPEKTRUM 147

Luise Reddemann

Léčivá síla imaginace

Terapeutická práce s následky traumat

portál

Spolupráce na textu: Susanne Lücke (oblast arteterapie) a Cornelia Appel-Ramb (oblast terapie s traumatizovanými dětmi a dospívajícími)

Původní německé vydání:
Imagination als heilsame Kraft
© 2001 Klett-Cotta – J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart; 19. vollständig überarbeitete Aufl. 2016

České vydání:
Translation © Petr Patočka, Dan Liška, 2024
© Portál, s. r. o., Praha 2024

ISBN 978-80-262-2237-8

Obsah

Předmluva k novému, revidovanému vydání 8
Předmluva k 6. vydání 10
Základní myšlenky o traumatu a léčbě traumatu 12
Jak se učit od pacientů – léčivá síla představivosti 13
Věnujte pozornost stabilitě a léčivé síle představivosti 15
Nové cesty 16
Koncept mnohočetného já 18
Pro koho je tato kniha napsána? 20
Individuální zátěž – strukturální násilí 21
Několik úvah k terapeutickému postoji
a psychodynamickému pochopení 22
Léčíme lidi, nikoli traumata, nebo dokonce diagnózy! 22
Soucit jako základ 24
Zaměření na zdroje 25
Když je trauma dosud akutní 27

1 Nalezení vnitřní stability 29
1.1 Terapeutický vztah 31
1.2 Ustavení pracovního spojenectví 34
1.3 Ocenění a využití přítomných zdrojů 35
1.4 Nalezení protějšků k obrazům děsu 38
1.5 Cvičení v aspektech všímavosti 42
1.6 Seznámení s vnitřním pozorovatelem 46

1.7 Nalezení protiváhy k obrazům hrůzy 47
1.7.1 Vnitřní místo bezpečí 52
1.7.2 Vnitřní pomocníci 54
1.7.3 Vnitřní tým 55
1.7.4 Cvičení stromu 56
1.7.5 Odložení zavazadla 58
1.7.6 Trezorové cvičení 59
1.7.7 Vnitřní zahrada 60
1.7.8 Cvičení štěstí 61
1.7.9 Nalezení vnitřního míru 63
1.7.10 Soucítění se sebou samými 64
1.8 Odstup: Jak se distancovat od obrazů hrůzy 68
1.9 Seznamujeme se s pocity a učíme se řídit zacházení s problematickými pocity 75
1.10 Nepříjemné pocity a jejich obrazy 76
1.10.1 Cvičení regulátoru 79
1.11 Setkávání s mladšími já 81
1.12 Vnitřní jeviště jako místo problematických postav 92

2 Učíme se léčivému zacházení s tělem 99
2.1 Sebeléčba, paměť těla a princip všímavosti 101
2.2 Práce s tělem podle systému Breema 103
2.2.1 Dotýkáme se hory 104
2.2.2 Otevíráme srdce 105
2.3 Další tělesná cvičení 107
2.4 Čchi-kung 108

3 Setkání s hrůzou 110
3.1 Příprava 110
3.2 Konfrontace s traumatem 115
3.2.1 Technika pozorovatele 116
3.3 Doba po konfrontaci s traumatem 131

4 Arteterapie v procesu léčby traumatu 134
Susanne Lücke
4.1 Úvod 134
4.2 Arteterapeutická cvičení a intervence 138
4.2.1 Navázání kontaktu se zdroji: baterka orientovaná na zdroje . . 138
4.2.2 Ochrana vnitřních pokladů: chráněná pláž 140
4.2.3 Sebeuklidnění a sebeutěšení: hledání místa bezpečí 158
4.2.4 Zaujetí distance: utváření vnitřního pozorovatele 160
4.2.5 Regulace silných afektů: stabilní rámy 162
4.2.6 Distance od zátěže: otevírání a zavírání nádob 164
4.3 Arteterapeutická práce s vnitřní scénou 167
4.3.1 Rozvíjení láskyplného kontaktu s mladšími já 167
4.3.2 Záchrana zraněných částí 172
4.3.3 Proměna částí 175

5 Přijetí a integrace vlastního příběhu 178
5.1 Dát smutku podobu a prostor 178
5.2 Psaní dopisů 180
5.3 Setkání se starým člověkem, kterým se staneš 180
5.4 Rituály 181
5.5 Vyprávění příběhů 182
5.6 Vina a pokání 182
5.7 Otázka po smyslu 184
5.8 Vděčnost a smíření 185
5.9 Nový začátek 186

6 K psychodynamicko-imaginativní traumaterapii u dětí a dospívajících 189
Cornelia Appel-Ramb
6.1 Úvod 189
6.1.1 Důsledky nezpracované traumatizace 189
6.2 Základní principy PITT aplikované na děti a dospívající . . . 190
6.2.1 Předání kontroly 190

6.2.2 Podpůrné kontakty ano, ale žádný kontakt s pachatelem! . . 191
6.2.3 Udělejte vše pro to, aby dítě mohlo snížit stres 191
6.2.4 Psychoedukace 192
6.2.5 Jasný jazyk 192
6.2.6 Nedovolte, aby traumatická hra pokračovala 193
6.2.7 Omezení znecitlivění a disociace 193
6.3 Léčba 195
6.3.1 Fáze stabilizace 195
6.3.2 Fáze konfrontace s traumatem 213
6.3.3 Fáze integrace 221
6.4 Výhled 224

Dodatek 225
Nejdůležitější terapeutické kroky 225
Fáze stabilizace 226
Obecné prvky fáze konfrontace s traumatem 227
Technika pozorovatele 227

Seznam cvičení 229
Literatura 231
Autorky 241
Odkazy na české zdroje 243

Předmluva k novému, revidovanému vydání

Kniha *Léčivá síla imaginace* je na světě již 15 let a oslovila mnoho lidí. Za ta léta se změnilo mnohé, v neposlední řadě i v psychotraumatologii. Je proto na čase knihu přepracovat a vyjít těmto potřebám vstříc.

Průběžně jsem rozvíjela i koncept psychodynamicko-imaginativní traumaterapie (PITT), a proto považuji za nutné předat aktuální stav práce s tímto konceptem.

Ráda bych poděkovala dr. Christine Tremlové z nakladatelství Klett-Cotta za to, že mě v tomto úsilí doprovází a podporuje.

V posledních letech se rozvinula ostrá polemika na téma co nejrychlejší konfrontace. Vyvstává otázka, co pro sebe mohou udělat lidé, kteří byli v průběhu let vystaveni násilí, sexualizovanému násilí a emocionálnímu násilí, a to i v dětství. Kterým traumatům je třeba co nejrychleji čelit, když se jedná o stovky jednotlivých traumat? Jsou to výhradní spouštěče všech obtíží, které trápí lidi s takovými zkušenostmi? Není to tak, že pokusy přizpůsobit se všem bolestem a všemu utrpení nutí postižené osoby také k adaptačním procesům, které mohou být z dlouhodobého hlediska problematické? Rozhodně nepolemizuji s myšlenkou co nejrychlejší konfrontace se spouštěcí situací, pokud se jedná o jednorázové traumatické zážitky nebo pokud jsou komplexně traumatizovaní lidé velmi stabilní. Pro mě je však důležité podělit se s ostatními o zkušenost, že mnoha

traumatizovaným lidem nejvíce prospívá takzvaný třífázový model terapie traumatu. Je však důležité zdůraznit, že každý pacient je jiný a může vyžadovat různé přístupy, takže jakýkoli model léčby může poskytnout pouze určité vodítko. O tom, co v každém případě udělat a co má největší smysl, se musí nakonec společně rozhodnout terapeut a pacient.

Mezinárodní traumatologická společnost (ISST) nadále doporučuje třífázový model léčby, na který zde také odkazuji.

Zjistit, co je nejméně riskantní, stojí hodně přemýšlení. Jeden z nejzkušenějších terapeutů v oboru psychotraumatologie, Richard Kluft, kdysi dávno řekl, že „čím pomaleji, tím rychleji", tj. čím pomaleji (na začátku), tím rychleji to postupuje (později).

Mým hlavním zájmem je, aby si lidé po traumatu vypěstovali soucit se sebou samými, nebo pokud už je v určité míře přítomen, aby ho využívali stále více. K tomuto účelu se osvědčily léčivé vnitřní obrazy a myšlenky. V tomto smyslu stále doporučuji opatrný a na zdroje orientovaný přístup, jak jsem to dělala už před 15 lety. Celkový obraz tedy zůstává, ale je třeba dodat podrobnosti o několika novinkách.

Předmluva k 6. vydání

V posledních měsících jsem s radostí a vděkem zažívala, že je tato kniha užitečná pro mnoho lidí – pro kolegyně a kolegy stejně jako pro jejich klientky a klienty. Proto děkuji všem, kdo si udělali čas a napsali mi.

Objevila se i důležitá kritická upozornění. Nejčastěji zaznívala otázka, jestli přece jen neuvažuji trochu idealisticky. Vždyť někteří lidé jsou zoufalí a nikdy se jim nepřihodilo nic dobrého. S tím mohu jen souhlasit. A určitě jsou i lidé, pro něž je osvobozující, mohou-li někomu prostě jen povědět o své bolesti a utrpení. Jestliže tak učiní, cítí se přijati a začnou léčivý proces sami od sebe, tedy nepotřebují stabilizující práci. Má kniha je určena především těm, kdo potřebují dlouhodobý přípravný proces, aby mohli čelit vlastní hrůze. V takových případech se zdá, že bez vnitřní protiváhy by to nebylo možné. Pracovala jsem s lidmi, kteří už za sebou měli různé terapie vyžadující náhled a poznání, ale nedokázali se vnitřně zklidnit. U těchto lidí došlo k obratu a léčbě, teprve když zapracovali na vnitřních protiváhách.

Jsou také lidé, kteří nevědí, co si počít s cestou, již navrhuji. Vylučuji, že by existoval určitý terapeutický přístup, který by pomohl všem. Jednak je terapeutickým úkolem vyjasnění diferenciální indikace různých terapeutických postupů, jednak bych dotyčným doporučovala, aby si důvěřovali a aby cesty,

u nichž cítí, že nejsou jejich, zase opustili. Vím, že to není vždy snadné, ale stojí to za pokus.

Dostala jsem řadu žádostí o kapitolu týkající se léčby dětí a dospívajících. Proto mám velkou radost, že paní Appelová-Rambová tuto kapitolu na základě svých zkušeností sepsala. Celá řada kolegyní a kolegů, kteří pracují s dětmi a dospívajícími, mi poskytla zpětnou vazbu o tom, že imaginativní techniky bez problémů integrovali do své práce. Zčásti to probíhá i formou důvěrně známých terapeutických technik na základě hry.

Připojila jsem drobnější text o akutní traumatizaci. V kapitole o stabilizaci přibyl oddíl „Ocenění a využití přítomných zdrojů“.

Základní myšlenky o traumatu a léčbě traumatu

V roce 1985 jsem převzala vedení psychosomatické kliniky. V té době se němečtí psychoterapeuti a psychiatři neznepokojovali úvahami o traumatizaci svých pacientek a pacientů. Psychoanalytici zastávali názor, že traumatizace jsou méně – pokud vůbec – důležité než fantazie. Alice Millerová, která na začátku osmdesátých let vydala na toto téma několik knih, nebyla v odborných kruzích brána dostatečně vážně. S traumatizacemi, o nichž pacientky vyprávěly, se většinou zacházelo jako s fantaziemi. Od roku 2010 se ale začalo hodně hovořit o sexualizovaném násilí a mnoho obětí promluvilo (i když mnohé z nich to stále neudělaly, protože se obávají – ne bezdůvodně – nepochopení).*

Na klinice, kterou jsem vedla, se pacientky cítily dostatečně bezpečné, aby dokázaly vyprávět o násilí, jemuž byly dlouho vystaveny. Dnes už víme, že za mnohými duševními a psychosomatickými onemocněními, zvláště za poruchami osobnosti hraničního (borderline) typu, ale také za závislostmi, poruchami příjmu potravy, sebepoškozujícím chováním, úzkostnými a somatizačními poruchami je třeba hledat jako příčinu nebo dílčí příčinu traumatické zkušenosti. V současné době existují i rozsáhlé studie, které prokázaly, že také

* Pro terapeuty doporučuji zdroje: Andreas Huckele: *Wie laut soll ich denn noch schreien* a také James Rhodes: *Der Klang der Wut*. U trpících by však obě knihy mohly vyvolat spouštěcí reakce, a proto by měli být při jejich čtení opatrní

kardiovaskulární onemocnění a další chronická onemocnění, jako je cukrovka, zejména ta, která pacienty trápí ve středním věku, mohou souviset s traumatizací v dětství (Felitti 1998).

Přijmout sdělení pacientek už od nás dnes naštěstí nevyžaduje takovou odvahu, zatímco terapeutky, které braly až do počátku našeho století hororové příběhy svých pacientek vážně, byly často samy diskriminovány. Přirozeně to neznamená, že šlo o zprávy, které by byly v každém ohledu kriminologicky doložitelné. Ale věřily jsme našim pacientkám, že zakusily násilí a sexualizované násilí a že se toto násilí škodlivě projevilo na jejich duši a těle.

Za posledních 15 let bylo shromážděno množství poznatků o příčinách a škodlivých účincích traumat, která lidé způsobují jiným lidem, zejména dětem. V současné době existuje mnohem větší počet terapeutických přístupů než před 15 lety. Každý pacient si dnes může vybrat z mnoha možností a zjistit, co mu nejlépe vyhovuje. Někteří chtějí šetrnou léčbu, zatímco jiní se smíří s tím, že budou muset znovu projít mnohým utrpením, protože chtějí mít „všechno" co nejrychleji za sebou. Myslím, že jejich obavy jsou oprávněné. Pacienti mají nyní podle zákona o právech pacientů právo být komplexně informováni o možnostech léčby, aby mohli sami zvážit výhody a nevýhody různých možností (Reddemann & Dehner-Rau 2012). V následujícím textu bych ráda stručně nastínila nejdůležitější zásady svého přístupu, aby se čtenáři mohli zorientovat.

Jak se učit od pacientů – léčivá síla představivosti

> Lékař léčí a příroda uzdravuje.
>
> PARACELSUS

Naše pacientky nás neustále učí, že v situacích největší nouze pro sebe nacházejí kreativní východiska. Tak např. „objevují" vnitřní průvodce, víly, ochranné anděly, zvířecí postavy a jiné,

aby se již necítily samy a našly útěchu. Jakmile si pacientky povšimly, že je nepovažujeme za bláznivé, ale že jejich kreativní řešení vnímáme jako pozoruhodná a skvělá, dovolily nám, abychom se na těchto vnitřních světech podílely. U Carla Simontona (1992) jsem se seznámila s cvičeními, která vyvolávala přesně to, co naše pacientky dělaly spontánně – tvořily obrazy dobrého místa a pomocníků. Zjistila jsem, že to v podstatě odpovídá velice starým šamanským postupům. A tak si už dlouho myslím, že v každém z nás existuje něco jako vnitřní šaman nebo vnitřní moudrost. Často jsem pozorovala, že lidé – i ti, kdo byli velice poškození – v sobě měli vědění a moudrost, které daleko přesahovaly vědění vědomého já. Většinou se však odnaučili této vnitřní moudrosti naslouchat, neboť naslouchání vnitřní moudrosti vyžaduje ticho a vyžaduje také vykázání rozumu na místo, které mu patří, aby se nad vše nepovyšoval. Mezitím se ovšem mnoho lidí začalo zajímat o buddhismus, nebo ho dokonce praktikovat jako náboženství. Hovoříme zde o „buddhovské přirozenosti“, což znamená, že v každém člověku jsou již přítomny moudrost a jasnost.

Velmi mě ovlivnila skutečnost, že každý člověk disponuje silami potřebnými k tomu, aby se sám vyléčil, a že naše nejdůležitější úloha spočívá v podpoře těchto zdrojů. Poznatky o vlastních léčivých silách se mezitím staly součástí vědy v podobě výzkumu o salutogenezi a resilienci.

Myslím, že je fatální, když si lékaři myslí, že vědí lépe než pacient, co je pro něj dobré. Samozřejmě že můžeme a měli bychom dát k dispozici své znalosti, ale v konečném důsledku ví pacient lépe, co mu pomůže. Důležitou složkou postoje praktického lékaře by měla být pokora.

Jestliže podpoříme pacienty v naslouchání jejich hlasu vnitřní moudrosti, podpoříme u nich léčivé síly a volný tok těchto často zasutých sil.

Využití imaginace se v současné době stalo standardem v mnoha přístupech k terapii traumatu. Z toho mám nejen radost, nýbrž vidím i nebezpečí. Ráda bych, aby se dostatečně uznávalo, že určité intervence sice mohou být užitečné, ale nefungují vždy a u všech. Lidé jsou individuality a to, co pomáhá jednomu člověku, může být pro jiného dokonce škodlivé. Proto důrazně doporučuji, aby se dotyční lidé rozhodli, zda se chtějí a mohou řídit příslušným terapeutickým doporučením, a aby to terapeuti respektovali. Mimochodem tuto povinnost jim od roku 2013 ukládá i zákon o právech pacientů. A žádám pacienty, aby vyžadovali respektování svých práv.

Věnujte pozornost stabilitě a léčivé síle představivosti

Lidé, kteří trpí následky mnoha traumatizací, se dají – i když existují i jiné názory – dodnes nejlépe léčit třífázovou terapií. Ta začíná fází stabilizace, aniž by se zcela vyhýbala setkání s traumatickými zážitky (tj. pacienti samozřejmě o svých traumatických zážitcích mohou mluvit; konfrontace mimochodem není nijak zvlášť specifikovaná, tedy pokud se pacienti na chvíli podívají na své staré zážitky, už se „konfrontují“), načež následuje fáze konfrontace s traumatem, či spíše traumaty, a nakonec fáze integrace. Přitom je důležité, abychom u pacienta v průběhu léčby dbali na dostatečnou vnitřní stabilitu. Jen pak je možné dát hrůze jméno a je plodné a osvobozující vše vyslovit. Aby se člověk mohl setkat s děsem z minulosti, potřebuje vnitřní sílu a vlídné vnější provázení; pro nás je důležité to takto zprostředkovat.

Je pro mě také důležité zdůraznit, že konfrontace s hrůzami minulosti by neměla být samoúčelná, ale měla by sloužit k životu ve zdravější přítomnosti a budoucnosti.

Myšlenka, že by člověk sám se sebou mohl cítit soucit a mohl sám sebe konejšit a učil by se tomu v terapii, některým lidem dosud připadá těžko stravitelná. Široce rozšířená je představa, že je výlučnou úlohou terapeuta, aby se jako pomocné já staral o pacientovu útěchu. Ale pacienti, kteří se to sami nenaučí nebo jsou o tuto schopnost terapií připraveni, jsou na náklonnosti terapeutů o to závislejší. Protože terapeuti nemohou být stále k dispozici, vyvstává často závažné dilema pro pacienta i pro terapeuta. Pacientovi však lze dodávat odvahu, že v sobě má k dispozici schopnosti, aby se sám upokojil – pokud od začátku zažívá terapeutovu důvěru a pokud terapeut společně s ním odkrývá jeho zdroje. Je tedy potřeba, aby se terapeut dával k dispozici jako empatický průvodce a vždy měl na mysli společnou práci. Možná je vysvětlením jednoduchá otázka: Jak by člověk přežil, kdyby v něm nebyly připraveny vlastní léčivé síly, vůle k přežití a něco, co ho konejší? Zdá se mi, že vnitřní obrazy místa bezpečí a pomocníků tuto hypotézu potvrzují.

Nové cesty

Při hledání nových cest jsem se díky Sylvii Wetzelové dostala do kontaktu i s buddhistickou meditací a naučila se něco z buddhistické psychologie. Jádrem této psychologie jsou podle mého názoru myšlenky, které jsou dobře využitelné i v psychoterapii:

1. Utrpení existuje, ale když ho nepřijmete, ještě ho zhoršíte. Z mého pohledu to pro terapii traumatizovaných lidí znamená, že jejich utrpení nesmíme za žádných okolností popírat nebo zlehčovat, ale naopak ho uznat. To vyžaduje soucit. A léčení vyžaduje také soucit, soucit se sebou samým i s druhými. Soucit by měl jít ruku v ruce s všímavostí, laskavostí a radostí.

2. Není cesty ke štěstí, štěstí je cesta. Co to znamená? Téměř všichni lidé, pokud ne opravdu všichni, hledají štěstí, radost a spokojenost. Po větší část života se však zabývají tím, že si uklízejí z cesty kameny, které jim ve štěstí brání. A tak se spíše zabývají kameny než štěstím. Důsledkem je, že se soustředí na neštěstí, což má často za následek, že jsou ještě nešťastnější, neboť, jak známo, člověk „má“ to, na co se zaměří. Proto mi připadá důležité naučit se rozpoznávat malé okamžiky spokojenosti, bezpečí, radosti a štěstí stejně jako okamžiky neštěstí a nespokojenosti. A to by mělo být stálým tématem terapie!

Proto naše pacienty podněcujeme v tom, aby se zaměřovali na schopnost být veselí a šťastní stejně jako na starosti a problémy; aby dbali na své kompetence a vlastní sílu stejně pečlivě jako na své pocity bezmoci. Často je patrné, že problémy zdaleka nejsou přítomné 24 hodin denně, ale jen krátce, že to však kvůli koncentraci na ně vypadá, jako by den sestával jen z problémů. Teprve když pacienti opět objeví schopnosti radovat se a když tyto schopnosti posílí, mohou se konfrontovat s traumatizujícími zkušenostmi, aniž by to bylo extrémně zatěžující a nesnesitelné. I to odporuje názoru mnohých lidí, kteří se domnívají, že se člověk nejprve musí postarat o žal a utrpení, než může být veselý. Je však prostou všední zkušeností, že problémy snáze řešíme, když „jsme na tom dobře“. Snažme se tedy – ať už jako pacienti, nebo terapeuti – být v kontaktu se svými vnitřními zdroji sil. Pak se dají hrozné věci z minulosti snáze zpracovat a rozpustit či integrovat. Přitom je třeba zohlednit, že hrůzy z minulosti jsou v případě posttraumatické stresové poruchy mnohdy „prožívány“, jako by se staly nyní. To znamená, že v terapii často musíme ujít dlouhou cestu, než je pacientovi nebo pacientce jasné, že je dnes někým jiným než kdysi. Stává se, že lidé, kteří zažili trauma, si (téměř) neuvědomují, že nyní žijí

v – relativním – bezpečí a jak moc k tomu sami přispěli. Jako by uvízli v nešťastné minulosti. Vědomý příchod do přítomnosti a schopnost vědomě využívat vlastní možnosti je proto důležitým prvkem PITT.

Myslím, že je tedy důležité doporučit „radost jako cestu“ na základě myšlenky, že pokud chceme být všichni jednou šťastní, měli bychom s tím rovnou začít.

Zjistili jsme tedy, že soucit a všímavost jsou základními prvky léčení. Za tímto účelem jsme se naučili řadu cvičení, která v této knize předám a která jsou přizpůsobena potřebám traumatizovaných lidí.

Náš terapeutický přístup je integrativní a založený psychodynamicky. Domníváme se, že psychoanalýza se svými koncepty přenosu a protipřenosu a nevědomí nabízí základnu, která pomáhá pochopení. Klasické psychoanalytické intervence však musí být modifikovány, aby dostály nárokům, které na léčbu kladou traumatizovaní lidé. Existují i novější přístupy, které se u nás stávají stále známějšími. Zejména význam terapeutického vztahu a vazby má dnes větší váhu a nyní jde více než v minulosti o možnost uznání vlastních schopností a jejich rozvíjení, ale také o uznání následků zranění, a z toho vyplývající zranitelnosti.

Koncept mnohočetného já

Dalším základem naší práce je zohlednění skutečnosti, že každý den jsme novým člověkem s různými částmi. Mnozí lidé žijí s představou, že jsou pořád stejní. To však neodpovídá ani fyziologicky chápaným skutečnostem. Vždyť naše tělo se stále obnovuje a mění. Měníme se i na duchovně-duševní rovině. Zvu čtenáře a čtenářky, aby si vzpomněli na sebe před několika lety nebo ještě dříve. Nepochybně jste

neměli ve všech ohledech stejné názory, přání, záliby a představy jako dnes.

Tento proces proměny je pro nás tak samozřejmý, že o něm neuvažujeme. Jestliže člověk medituje, záhy si všimne, jak se myšlenky, pocity a vjemy trvale proměňují. Některým lidem to nahání strach, protože si myslí, že pouze konzistence by jim mohla dát nutné bezpečí. „Jediné, co nepodléhá změně, je změna," řekl Lao-c'. Tento vhled považuji za velkou šanci. Cvičíme-li se v bezpředsudečném vnímání proměn, vidíme v nich potenciál, který máme beztak k dispozici. Dnes už nejsem tou, kterou jsem byla včera. Jako osoba dneška tedy mohu navázat spojení se všemi těmi mnohými já, kterými jsem kdy byla. Mé dnešní já může mluvit s těmi mladšími já, může je konejšit, podporovat, dostávat od nich podporu atd. A co je důležité, ode dneška se mohu nově rozhodovat pro současnost i pro budoucnost. Uznávám všechno, co jsem kdy byla. Nejde o to, abychom vytěsňovali nebo zapomínali. Měli bychom si však poskytnout šanci, aby dnešek, nynější okamžik, dával k dispozici to, čím chceme být. Tak můžeme nakonec naši minulost zanechat tam, kam patří, totiž v minulosti, a můžeme se vydat na novou cestu. Můžeme vybírat z mnoha cest – a je mezi nimi i štěstí jako cesta.

Zde popsané úvahy daly směr mé teoretické práci. V této knize bych chtěla vylíčit, jak je možné jít navzdory osobnímu utrpení terapeutickou cestou, která od začátku vedle bolesti zohledňuje i vnitřní schopnost radovat se a být šťastný. Tak se dá bolesti mnohem spíše vyčlenit místo, které jí náleží. Erich Fried říká: „Existuje jen jediná protiváha k neštěstí… a tou je štěstí." Chtěla bych zřetelně ukázat, že lidé, kteří udělali extrémní zkušenosti bezmoci, přesto nebo právě proto disponují kompetencí a vlastní mocí. Proto jsou pro mě pacientky a pacienti partnerkami a partnery, se kterými spolupracuji.

Pro koho je tato kniha napsána?

Tato kniha se obrací na terapeutky a terapeuty. Pro mě dnes více než kdy jindy platí, že dobrá terapeutická práce zahrnuje informování pacientů stejně jako kolegů. Máme za to, že důkladná informace je nejlepším předpokladem dobré spolupráce. Pro traumatizované je skutečnost, že jsou dobře informováni, velmi důležitá kvůli uchování pocitu kontroly. Terapeutky a terapeuti tedy mohou tuto knihu dále doporučit pacientkám a pacientům, aby je informovali.

Zvláště imaginativní cvičení a další cvičení, která zde předkládám, mohou být užitečná pro všechny. Proto budu čtenáře oslovovat přímo. Terapeuti a terapeutky mohou z mnohých cvičení profitovat rovněž ve smyslu sebepéče. Mimochodem vás prosím, abyste nepředávali klientům nic, co jste sami nevyzkoušeli a neohodnotili příznivě.

V této knize vysvětlím teorie o posttraumatické stresové poruše jen krátce. K tomuto tématu již existuje dostatek literatury. Jako dobrý úvod doporučuji knihy od Butolla a jeho spolupracovnic (1999, 2013). K prohloubení znalostí si zasluhuje doporučení učebnice od Fischera a Riedessera (1998) a také kniha o posttraumatické stresové poruše, kterou vydal Andreas Maercker. Mezitím se literatura na toto téma co do množství stala téměř nepřehlednou. Jako svépomocná kniha je k dispozici publikace *Trauma heilen*, kterou jsem napsala já a Cornelia Dehnerová-Rauová.

Tato kniha je zamýšlena jako zpráva z workshopu. Příklady z praxe mají při práci na následcích traumatu podněcovat k vyzkoušení přístupu orientovaného na soucit a na zdroje.

Spolupráce badatelů a terapeutů, kteří se starali o veterány z Vietnamu, a badatelek a terapeutek, které se zabývaly násilím a sexualizovaným násilím, zvláště násilím na ženách a dětech, odhalila, že následky traumatizace jsou relativně podobné.

Podobné jsou rovněž symptomy, jestliže postižený nedokáže traumatizaci zpracovat a integrovat. Přesto existují důležité rozdíly: Kolektivní traumatizace působí jinak než traumatizace v rodině. Znásilnění navíc poraní integritu oběti jako ženy nebo jako muže.

Individuální zátěž – strukturální násilí

V této knize jde o individuální řešení. To neznamená, že bychom nechávali stranou problém strukturálního násilí. Důležitým základem naší práce jsou teorie, které vytvořily feministické badatelky. Podle nich představují patriarchální struktury v rodině zvláště pro život žen a dětí riziko násilí prvního stupně. To bohužel platí i v roce 2016. Vycházím však z toho, že člověk by měl nejprve najít klid v sobě. Měl by být schopen dostatečně sám sebe řídit a dostatečně zvládat stres, než se může začít věnovat otázkám strukturálního násilí. Zdá se mi ovšem zároveň nezbytné ujasňovat souvislosti a nahlížet na traumatické zkušenosti způsobené lidmi rovněž v tomto světle. V posledních letech je také zřejmé, že v mnoha psychoterapiích je nutný odkaz na historické a společenské podmínky; do popředí se stále více dostávají zejména důsledky nacistické éry a druhé světové války.

Rozhodla jsem se vybírat zde případy a ukázky kazuistik, v nichž jde o snáze snesitelné příběhy, jako jsou např. autonehody, nebo které nezveřejňují příliš mnoho detailů. Četba děsivých příběhů již sama může traumatizovat. To však neznamená, že v terapii nenaslouchá me příběhům o násilí, sexualizovaném násilí a mučení. Opak je pravda! Terapeuti a terapeutky, kteří pracují s oběťmi násilí a sexualizovaného násilí, by svou práci měli dělat, jen pokud se cítí schopni slyšet skutečně všechno. Tato kniha však nemá být místem k podobným líčením. V současné době existuje velké množství knih o násilí

a sexualizovaném násilí a v posledních letech také řada knih o důsledcích nacistické éry a druhé světové války. Já sama jsem se tímto tématem také intenzivně zabývala a nedávno jsem na toto téma sama publikovala (Reddemann 2015).

Několik úvah k terapeutickému postoji a psychodynamickému pochopení

Jakákoli intervence je užitečná pouze tehdy, pokud pacient může zažít minimální důvěru. Terapeuti by proto měli udělat vše pro to, aby tuto důvěru podporovali a vytvořili atmosféru, která zaručí bezpečí a umožní i chvíle bezpečí. Dnes je již všeobecně známa myšlenka, že psychoterapie by měla v neposlední řadě přinášet zkušenost dobrého vztahu.

Pod pojmem „stabilizace“ chápu posilování funkcí já. Traumatizované já není normální já podle Freuda (1937). Proto je nezbytná modifikace analytického postupu ve smyslu posílení já. Kromě toho nabízejí mnohé z toho, co hraje roli i při mé práci, novější psychoanalytické přístupy, jako je vztahová psychoanalýza a intersubjektivní přístup. Mimochodem, podle mého názoru není „traumaterapie“ speciální postup, ale spíše slovo, které vyjadřuje skutečnost, že terapeuti vyvozují závěry ze stavů, které si pacienti přinášejí.

Léčíme lidi, nikoli traumata, nebo dokonce diagnózy!

A právě proto jde podle mého názoru vždy o to, aby psychoterapeut a pacient spolupracovali, zaujímali zkoumavý, otevřený přístup a společně zjišťovali, která z mnoha terapeutických možností může být v daném okamžiku užitečná

a smysluplná. I dnes mnohé nasvědčuje tomu, že nepomáhá ani tak metoda, jako spíše terapeutický vztah na jedné straně a terapeutické využití všeho, co člověku dosud sloužilo a pomáhalo, na straně druhé (viz Wampold 2010). Zkoumání této skutečnosti je pro mě důležitou součástí práce.

Mnozí pacienti si dostatečně neuvědomují, kolik vnitřních pokladů již mají, jak často jednali moudře, aby se ochránili, kolik odvahy a životního přitakání již využili. Všechny tyto poklady je třeba si uvědomit a vědoměji s nimi nakládat.

Imaginativní techniky mají adaptivní funkci (Singer 1986). Kromě toho první fáze terapie poskytuje pacientovi nástroje, které mu umožní se obratněji a klidněji vypořádat s bolestí a z ní vyplývajícími ochrannými mechanismy. Zvláště koncept „práce s vnitřním dítětem“ slouží seberegulaci i posílení pracovního spojenectví v rámci terapie omezující regresi. K modifikaci psychoanalytické techniky v zacházení s oslabeným já napsal to směrodatné Fürstenau (1979) již před 30 lety. Jeho nejnovější knihu (2001) *Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren* zainteresovaným čtenářkám a čtenářům vřele doporučuji. Fáze stabilizace slouží v rámci egopsychologických konceptů posílení já. A vyjádřeno z hlediska psychologie objektních vztahů, slouží budování bezpečných a dobrých vnitřních objektních reprezentací.

Je důležité rozpoznat pacientovu potřebu kontroly stejně jako všechny ostatní strategie zvládání. Joseph Weiss již v roce 1994 upozornil, že pacienti se v terapii/psychoanalýze potřebují cítit bezpečně. To samozřejmě platí i pro vztah s terapeutem. Weiss a jeho pracovní skupina hovořili o teorii zaujetí kontroly a předpokládali, že pacienti si také – nevědomě – ověřují, zda je jejich terapeut důvěryhodný. Je staré dobré psychoanalytické pravidlo, že ego nesmí být oslabováno

interpretacemi. Interpretace mají smysl až poté, co je posíleno. To se obvykle děje po fázi stabilizace a „nakonec“ po fázi konfrontace s traumatem. Mnoho Weissových kazuistik se zabývá pacienty, kteří byli traumatizováni v dětství. Orange a spoluautoři (2001) navíc upozorňují, že neutralita je jedním z nejpochybnějších pojmů v psychoanalýze. Podle mých zkušeností potřebují traumatizovaní pacienti terapeuty, kteří jsou vůči nim jednoznačně a hmatatelně pozorní.

Soucit jako základ

Výzkumník v oblasti komunikace Matthias Gottschlich napsal knihu o medicíně a soucitu (2007), na kterou bych ráda odkázala: „Základem komunikace v medicíně je soucit. Bez soucitu a soucitné komunikace může existovat zdravotnický průmysl zaměřený na efektivitu a špičkový lékařský výzkum, ale nikoli kultura léčení. Ta však bude naléhavě potřebná … (s. 19) *Soucitná komunikace není pouhým prostředkem k dosažení cíle, ale cílem samotným*. Každý vztah mezi lékařem a pacientem má svůj vlastní komunikační požadavek, který odpovídá příslušné situaci a uskutečněnému setkání v nemoci… právě vědomí jedinečnosti vztahu vytváří pospolitost a smysl. (s. 30) Pouze natrénované sociální dovednosti neodpovídají existenciálním požadavkům lékařské komunikace… Jde o lékařskou řeč s celou bytostí. (s. 31) Z dobrého důvodu sahají medicína a meditace ke společnému etymologickému kořenu. (s. 38) To, co medicína potřebuje…, je uvědomění si, že komunikace je životně důležitá pro přežití. A že léčivá síla slova vychází ze síly naší empatie s druhým… (s. 39)“.

To, co platí pro lékařskou práci obecně, platí ještě více pro psychoterapii. Soucitný terapeut je obzvláště důležitý v případech, kdy lidé utrpěli zranění, které vyústilo v traumatickou

poruchu. Soucit není vždy snadný, je třeba jej praktikovat. Soucit také znamená, že terapeut je soucitný sám se sebou, když se mu něco nedaří. Ve zde představené práci „psychodynamicko-imaginativní terapie traumatu“ (PITT) je soucit hledán především při práci se zraněnými částmi.

Soucit je víc než jen empatie. Empatie je vcítění a lze ji vnímat jako neutrální. Soucit sice vyžaduje empatii, ale cílem soucitu je dosáhnout uzdravení a to se projevuje ve způsobu, jakým terapeut jedná s pacientem a jakým pacient jedná sám se sebou.

Výsledkem soucitu je orientace na zdroje vedle orientace na utrpení a také orientace na důstojnost. Nyní je jasné, že výhradní zaměření na utrpení jej nemůže dlouhodobě zmírnit, nebo dokonce vyléčit, a je také jasné, že pacienti se mohou uzdravit pouze tehdy, pokud zažijí, že je respektována jejich důstojnost. Soucit se může projevovat také v podobě sdílené radosti, tj. když terapeut dává najevo např. to, že má z pacienta radost – což bylo v minulosti spíše výjimečné.

Zaměření na zdroje

Od začátku, tedy od prvního kontaktu, doporučuji hovořit soucitně nejen o zatěžujícím životním příběhu, ale také o všem, co pacientovi dělá radost, co se mu daří a povedlo se mu, tedy o všech zdrojích. Nazývám to otázkou na „umění přežít“ (Reddemann 2012). Tato otázka by měla být položena poté, co terapeut adekvátně uzná pacientovo utrpení a bolest. Právě počáteční fáze terapie je důležitá, aby pacientovi ujasnila, co je pro terapeuta důležité. Jestliže se ptáme jen na problém, nevysloveně zprostředkujeme, že se zajímáme o problémy, a pacient se podle toho zařídí. Jestliže si pacient povšimne našeho zájmu o jeho silné stránky, nepřímo ho povzbudíme, aby je u sebe zesíleně vnímal. Spojení vzniká soucitem (Reddemann 2016),

když opakovaně projevujeme stejný zájem o jedno i druhé ve smyslu kyvadlového pohybu. Později se může ohnisko nejprve přenést více do směru zdrojů a pak ve fázi konfrontace s traumatem přechodně více do směru zatížení.

Nepovažuji za užitečné s pacienty a pacientkami o něco zápasit. Pacient ví sám nejlépe, co je pro něj v dané chvíli nejlepší. To rovněž znamená, že bychom nikomu neměli něco vnucovat. Měli bychom nabízet možnosti a být navíc otevřeni vůči každému řešení, se kterým pacient přijde. Jestliže nasloucháme „uchem, jež je otevřeno zdrojům“, vždy si něčeho všimneme. Musíme si to stále znovu procvičovat. Je pro nás možná snazší zapamatovat si bolestivé věci a reagovat na ně než na ty příjemné. Dalo by se říci, že bychom se měli aktivně snažit si to příjemné vtisknout do paměti.

Na druhou stranu orientace na zdroje nesmí být nikdy ospravedlněním nedostatečné péče o utrpení pacientů.

Považuji za důležité, aby terapeuti a terapeutky nedělali práci, kterou může dělat pacientka nebo pacient. Jako smysluplné se mi jeví to opakovaně společně zkoumat. Koncept pomocného já by tedy neměl vést k tomu, že toho za pacienta přejímáme více, než by pro něj mohlo být dobré. Zvykla jsem si dělat každou intervenci pokud možno formou otázky: „Je možné, že… Právě mě napadá, že… Co si myslíte o tom…?“ apod. Takové intervence přenechávají pacientovi jeho zodpovědnost více, než když řekneme: „Děláte to teď proto, že…“ nebo „Máte strach z…“ atd. Proto je důležité společně s pacientem zvažovat, co se právě děje – jinak se vztah stává stále více nevyrovnaným a vzniká dojem, že existuje vysoce kompetentní terapeut a podstatně méně kompetentní pacient.

Doporučuje se pacientovi co nejvíce důvěřovat, aniž by byl přetěžován. On určuje tempo. Věty jako „to nemůžu, to jsem

nikdy nedokázal“ pro nás nejsou žádnými dogmaty. Zveme k jejich pečlivému přezkoumání. „Bylo to dosud skutečně pokaždé tak? Existují výjimky? Pomáhají takové věty dosáhnout cíle, o který vám jde? Co ta věta říká? Je to introjekt?“ Sampson a Weiss (1986) pro psychoanalýzu prokázali, že pacienti své terapeuty testují ve snaze zjistit, zda terapeuti opravdu stojí na straně zdraví. Jestliže něco neodsuzujeme, neznamená to ještě, že to schvalujeme. Prozkoumávat znovu a znovu tyto rozdíly, které vytvářejí rozdíl, jak to nazval Gregory Bateson (1981), bývá někdy poněkud namáhavé, ale vyplatí se to oběma zúčastněným.

Když je trauma dosud akutní

Existují podstatné rozdíly mezi akutní traumatizací, k níž právě došlo nebo která se odehrála před několika málo týdny, a posttraumatickou stresovou poruchou, jež se vyvíjí, pokud se trauma – nebo řadu traumat – nepodaří zpracovat.

Při velkých nehodách (jako pád letadla, železniční neštěstí) je již obvyklé přivolávat vedle lékařů záchranné služby na místo neštěstí také psychoterapeuty. Psychologové záchranné služby považují rychlou pomoc pro duši za stejně důležitou jako péči o tělo. Říkají, že pro duši by měla existovat záchranná služba stejně jako pro tělo. První pomoc slouží zpravidla k odvrácení dalších škod a napomáhá uvést do chodu léčivé zdroje. Všechno, co našemu organismu pomáhá uvolnit vlastní léčivé síly, proto považuji za hodné doporučení. Za mnohem méně příznivé považuji masivní zásahy zvenčí, které organismu vůbec nedopřejí čas, aby vlastní uzdravující síly zažil. Profesionálové tedy mohou udělat mnoho dobrého, když postiženým a jejich blízkým podají vysvětlení a uklidní je. Za dobrou pomoc rovněž považuji zprostředkování vědění o normálním zpracování traumatizací.

Je dobré vědět, že náš organismus disponuje dvěma způsoby zpracování: jednak „utěsněním“ a „zapouzdřením“, jednak tím, že se s věcí intenzivně vypořádá. Obojí se střídá ve fázi zpracování po akutním traumatu (Reddemann & Sachsse 1997). Způsoby chování, jež z pohledu zvenčí působí zvláštně, jako např. stažení se nebo ustavičné mluvení o události, bychom měli chápat jako snahy organismu poskytnout si pomoc. A je důležité si ujasnit, že tyto mechanismy u řady lidí také zabírají. Podmínkou je, aby si dopřáli dostatek času, aby se mohli stáhnout nebo mluvit, aby své noční můry rozpoznali jako nutné zlo spojené se zpracováním a neprohlásili to vše hned za chorobné stavy, které je třeba zahnat uklidňujícími prostředky. Potom jsou často dobré šance, že se i hrozné věci dají zpracovat. Přitom je zvláště důležité podpůrné, vlídné a chápavé okolí, v němž jsou druzí ochotni pomoci, ale nevnucují se.

Stabilizující představy, které jsou v knize uvedeny, mohou být obzvláště užitečné pro „dospělé já“. Doporučuji jak vnitřní místo bezpečí, tak všechna distanční cvičení. V individuálních případech však mohou být užitečné i ostatní imaginace. Vždy je důležité ověřit, kdo s jakou představou může něco dělat. Důležité je (znovu)nastartovat vnitřní kyvadlový pohyb mezi bolestivým a uklidňujícím. Mimochodem existuje mnoho dalších intervencí pro aktivaci zdrojů (viz Flückiger & Wüsten 2014, Najavits 2002), pro podporu odolnosti a pro to, co se označuje jako dovednosti (viz Linehan 1996, Bohus & Wolf-Arehult 2012).

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázku z knihy Léčivá síla imaginace.
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.