

Gestalt terapie

Jan Roubal

XX

PUBLIKOVÁNO: ROUBAL, Jan. Gestalt terapie. In Vybiral, Z., Roubal, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 164-194, 31 s. 615.8
- Psychoterapie. ISBN 978-80-7367-682-7.

XX

Úvod

Existují různá pojetí gestalt terapie, která jsou historicky, kulturně i geograficky podmíněná. Předkládám zde své subjektivní porozumění gestalt terapii, které vychází ze středoevropské perspektivy začátku 21. století. Inspiruje se a je také limitováno zdroji, které jsem měl k dispozici - mými učiteli gestalt terapie a převážně anglicky psanými texty. Čerpám hlavně z literatury, která vyšla v průběhu posledních dvaceti let. Rád bych zprostředkovat gestalt přístup psychoterapeutům či zájemcům o psychoterapii, kteří se s tímto směrem seznamují. Čtenářům vzdělaným v gestalt terapii nabízím přehled problematiky, které se tento přístup v současnosti věnuje, a pro další studium odkazují na citovanou literaturu.

Základní charakteristika

Gestalt terapie vznikla v rámci humanistické tradice, její přístup je fenomenologický a zaměřuje se na terapeutický proces (Strümpfel, Goldman, 2006). Formovala se na základě myšlenkového posunu od zpochybňujícího (*deconstructive*) pohledu na svět k holistickému modelu existence, od lineární kauzality k paradigmatu teorie pole a od individuálně zaměřené psychologie k dialogickému a vztahovému pojetí (Bowman, 2005). Gestalt terapie se inspiruje mnoha přístupy a myšlenkami z oblasti psychologické (psychoanalýza, gestalt psychologie,

reichiánský přístup, humanistická psychoterapie) i filosofické (existencialismus, fenomenologie, vztahové pojetí M. Bubera, zen buddhismus, holismus). Tak široké rozpětí na jednu stranu neumožňuje jednoduchou a jednoznačnou definici gestalt terapie a vede k vytváření odlišně se vyvíjejících proudů, které kladou na jednotlivé kořeny různě velký důraz. Na druhou stranu široká základna dodává gestalt terapii velký integrativní potenciál, umožňuje jí neustrnout, asimilovat nové poznatky z jiných terapeutických směrů a dále se vyvíjet. Gestalt přístup tedy nepopisuje jen určitý terapeutický postup, je spíše konceptuálním rámcem, který je možné používat i v oblastech mimo psychoterapii. Spojujícím rysem mezi jednotlivými podobami gestalt přístupu je zásadní důraz kladený na **uvědomění** a **kontakt**.

Uvědomění

Uvědomění ¹⁾ (*awareness*) je „prožitek, při kterém je člověk v kontaktu s vlastní existencí, s tím, co je. Při uvědomování člověk ví, co dělá a jak to dělá, ví, že má další možnosti a že si zvolil být takový, jak je“ (Yontef, 1993). Uvědomění je aktuálně přítomným holistickým prožitkem, nejen myšlenkovým reflektováním, je zároveň „jak věděním, tak bytím“ (Joyce, Sills, 2006). Uvědomování probíhá současně ve třech vzájemně souvisejících a prolínajících se zónách (Perls, 1996):

- vnitřní zóna (subjektivní vjemy jako dýchání, svalové napětí a srdeční rytmus spolu se souvisejícími afektivními stavy);
- vnější zóna (způsoby kontaktu s okolím - smyslové vjemy, chování, řeč);
- střední zóna (způsoby dodávání smyslu podnětům z vnitřní a vnější zóny - myšlení, představy, názory, předpoklady, vzpomínky).

Základním úkolem terapeuta je nabídnout klientovi prostředí, ve kterém může rozšiřovat a prohlubovat uvědomování pocitů,

myšlenek, tělesných i smyslových vjemů, způsobů chování, názorů i vzpomínek. K tomu je potřeba, aby byl terapeut plně přítomen, zaměřoval své uvědomění na přítomný okamžik setkání s klientem a měl o klienta opravdový zájem. Joyce a Sills (2006) uvádějí příklad takového terapeutického dialogu zaměřeného na uvědomování:

Ben: Není mi jasné, o čem mluvit tento týden. (vypadá nesvůj)

Terapeut: Podívejte se chvilku na to, co si uvědomujete, když sedíte tady se mnou.

Ben: Nic si neuvědomuju.

Terapeut: Jak se teď cítíte?

Ben: Prázdný. (ticho)

Terapeut: Můžete mi popsat to „prázdnno“?

Ben: Jsem jakoby sevřený a nevím, co dělat.

Terapeut: Podle čeho poznáváte, že jste sevřený?

Ben: Mám stažená ramena a jsem v rozpacích.

Terapeut: V rozpacích?

Ben: Ano. (ticho)

Terapeut: Zajímá mne, jaké to pro vás je, být v rozpacích.

Ben: Jako bych se styděl.

Terapeut: A co se ještě děje?

Ben: Dostávám strach, že mne kritizujete.

Tímto způsobem Ben zaměřuje pozornost na tělesný proces, uvědomuje si svoji nepohodu ve vztahu s terapeutem a rozpoznává svůj strach z kritiky, který mu brání v navazování kontaktu ve vztahu.

Zvědomování přítomného prožitku „teď a tady“ neznamena, že by gestalt přístup nepracoval s minulostí či budoucností klienta a zůstával rigidně zaměřen pouze na přítomný okamžik. Gestalt přístup bere v úvahu, že na minulost a budoucnost vždy nahlížíme z perspektivy neustále se proměňující situace „tady a teď“, skrze ni vnímáme okolní svět a svůj minulý i budoucí život (Staemmler, 2002). Důraz na „tady“ poukazuje na subjektivitu a jedinečný, nenapodobitelný způsob bytí klienta

ve světě. Důraz na „ted“ souvisí s plynutím prožitku v čase, s „kontinuem uvědomování“ a zaměřením na proces (Staemmler, 2002). Při uvědomování nejde o výjimečný zážitek vhledu, jedná se o „neustálý proces, který je v každém okamžiku k dispozici“ (Polster, Polster, 2000) a tvoří základ pro růst skrze sebezpoznání, tvořivost a kontakt.

Kontakt

Gestalt terapeutický přístup vede skrze uvědomování k větší svobodě volby a převzetí zodpovědnosti za způsob, kterým se člověk vztahuje k okolnímu světu i sám k sobě. Terapeut podporuje klienta, aby si uvědomoval své navyklé vzorce vztahování a viděl alternativní možnosti, jak může být „pravdivý k sobě a vytvářet plodný kontakt s ostatními“ (Nevis, 2005). Terapeut pomáhá klientovi přinášet toto nabyté uvědomění do kontaktu s okolím – jak v terapeutickém vztahu, tak v každodenním životě. Gestalt terapie směřuje k sebebřijetí, sebevyjádření, seberealizaci a osobnímu růstu, které se odehrávají ve vztazích člověka k druhým lidem a jeho okolí. „Lidé rostou a vyvíjejí se prostřednictvím kontaktování (...) a skrze asimilaci zkušeností pramenících z těchto kontaktů“ (Mackewn, 2004).

Gestalt terapie je založena na předpokladu, že člověk má k dispozici zdroje potřebné k růstu, které využívá k tvorbě vzájemně uspokojujících kontaktů s okolím. K růstu dochází díky procesu vzájemné interakce organismu a prostředí, při kterém se prožitek přirozeně formuje do **smysluplného celku - gestaltu**. Smysluplné uzavření prožitku umožňuje otevřenost k novému prožitku v novém kontaktu, kde se může objevit a projevit další potenciál k růstu. Smysluplné celky se utvářejí a přirozeně uzavírají jak v drobných chvilkových zážitcích, tak ve větším měřítku, například v životních etapách. Osobní potenciál člověk rozvíjí nebo zanedbává v závislosti na potvrzujícím či odmítajícím kontaktu s okolím. Proces

seberozvoje tak může být v dětství i během dalšího života různě narušen a člověk uvízne ve fixovaných vztahových vzorcích. Terapeut pomáhá klientovi zkoumat a odkrývat způsob, jak tyto vzorce ovlivňují jeho život v současnosti. K tomu gestalt terapie využívá zaměření na přítomný prožitek. V přítomném terapeutickém vztahu klient rozšiřuje své uvědomění v emoční, kognitivní i tělesné oblasti a to mu umožňuje převzít zodpovědnost za svobodné vyjádření svých potřeb. Terapeut pracuje se vztahem tady a teď v průběhu terapie, dává klientovi příležitost zpřítomnit v současné realitě zážitky a vzorce z osobní historie a v bezpečném prostředí si vyzkoušet nové, tvořivé způsoby fungování ve vztahu k okolí i k sobě samému. K růstu dochází skrze setkání, kontakt terapeuta s klientem. Gestalt terapie není terapií interpretační, je to „terapie přímou účastí“ (Nevis, 2005).

Paradoxní teorie změny

Cílem gestalt terapie je poskytnout klientovi větší svobodu vědomé volby v tom, co dělá, jak se vztahuje k okolnímu světu i k sobě a jaké má v těchto kontaktech k dispozici nové, tvořivé způsoby zvládání. Tento postoj shrnul Beisser do tzv. paradoxní teorie změny, která vyjadřuje jeden z ústředních principů gestalt terapie: „Změna přichází, když se člověk stává tím, kým je, a ne když se snaží stát tím, kým není“ (Beisser, 1970). Klient doufá v úlevu od obtíží, tedy ve změnu, a terapeut mu k tomu dává k dispozici své dovednosti, zkušenosti a především svoji lidskou přítomnost. Změna však podle teorie gestalt terapie nemůže nastat, dokud klient nepřijme skutečnost takovou, jaká je. Crocker uvádí ilustrativní paralelu: „Štěstí nelze dosáhnout tím, že o ně přímo usilujeme, ale tím, že se plně a vědomě účastníme činností, při kterých se štěstí dostaví jako „vedlejší produkt“ (Crocker, 2005). Při gestalt terapii může být snaha o

změnu úspěšná, pokud ustoupí do pozadí a terapeut s klientem nechávají plynout a přijímají to, co právě je.

Historie a kořeny směru

Historii gestalt terapie jako samostatného psychoterapeutického směru můžeme sledovat zhruba od poloviny dvacátého století, kdy vyšlo základní dílo o gestalt terapii (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, česky 2004) a byla založena první profesionální výcviková skupina (*New York Institute for Gestalt Therapy*). Stejně jako existuje mnoho definic gestalt terapie, existují i různé příběhy historie tohoto směru. Nejrozšířenější verze ve stylu legendy o hrdinovi, měnícím běh historie, ztotožňuje gestalt terapii se jménem Fredericka (Fritze) Perlse a jeho slavnou technikou „prázdné židle“ (Bowman, 2005). Toto pojetí ale deformuje obraz o historii, protože opomíjí množství dalších autorů a jejich pojetí gestalt terapie. Perls jako fascinující a energizující osobnost sehrál zásadní roli při šíření myšlenek a praxe gestalt terapie jako nového směru, nicméně nová teorie ani základy tohoto nového směru nebyly jeho vynálezem. Navazoval spolu s dalšími autory na množství zdrojů. V krátkosti uvedme ty hlavní.

Psychoanalýza

Pionýrská doba, spojená se jmény Fritze Perlse, Laury Perls, Isadora Froma, Paula Goodmana a dalších, se vyznačovala revolučním nadšením, které chtělo revidovat a snad i nahradit psychoanalýzu (Nevis, 2005). Vymezení vůči psychoanalýze mohlo mít částečně i osobní motiv, dokonce svázaný s naší zemí. O patnáct let dříve, v roce 1936, Frederick Perls prezentoval na československém psychoanalytickém kongresu v Mariánských lázních teorii dentální agrese, kterou vypracovali společně s Laurou Perls a později rozvedli v knize *Ego, Hunger and Agression* (1947). Jejich myšlenka byla na kongresu odmítnuta,

Perlsovi přestali revidovat psychoanalýzu a začali promýšlet nový směr - gestalt terapii (Bowman, 2005).

Psychoanalýza zůstává jedním ze základních historických východisek gestalt terapie. Perlsovi studovali psychoanalýzu společně s první generací psychoanalytiků a jejich myšlenky rozvíjeli. Jednalo se o zkoumání témat jako „tady a teď“ v terapii (Rank), paradoxy (Adler), hranice ega (Federn), aktivní zapojení analytika a subjektivní povahu interpretací (Ferenczi). Jeden z ústředních principů gestalt terapie - samoregulace organismu (*organismic self-regulation*) - pochází od Reicha, jehož pojetí práce s tělem bylo silnou inspirací. Díky Reichovi se také k Perlsovým jako zakladatelům gestalt terapie později přidal Paul Goodman se svým zaujetím pro sociální a politický rozměr gestalt terapie.

Gestalt psychologie

Při vzniku gestalt terapie sehrála zásadní roli „Berlínská škola“ gestalt psychologie. Gestalt terapie od ní převzala a v praxi rozvíjela myšlenku, že vnímání je holistickým procesem a „celek je více než součet jeho částí“. Z myšlenek Kurta Golsteina (v jehož laboratoři se ostatně Perlsovi seznámili) vychází další nosný princip gestalt terapie - koncept organismu jako celku, který je schopen plastické adaptace v interakci s nepříznivým okolím. Z myšlenek gestalt psychologie vycházel Kurt Lewin se svou **teorií pole** a konceptem neoddělitelnosti organismu od okolí.

Filosofické zázemí

Propojení gestalt terapie s filosofií rozvíjela především Laura Perls (a později Isadore From), která se během studií u Paula Tillichova seznámila s filosofií Kierkegaarda, Heideggera a Schelera. Studovala i u Martina Bubera, z jehož pojetí gestalt terapie odvozuje svůj důraz na přítomnost, autenticitu a dialog. Setkala se také s Edmundem Husserlem a jeho

fenomenologickou metodou. Gestalt terapie se na těchto filosofických základech konstituovala jako **existenciálně a fenomenologicky** založená psychoterapie.

Vznik gestalt terapie zřetelně ovlivnila také **východní myšlenková tradice** (zejména zen-buddhismus) ze které čerpali jak Paul Goodman tak Frederick Perls. Přístup vycházel i z **anarchistické tradice**, která ve své době představovala protipól fašismu - v základu gestalt terapie je odpor proti totalitě (Knijff, 2003). Díky anarchistickému založení se mnozí gestalt terapeuti v minulosti vzdálili od zavedeného medicínského a akademického systému a gestalt terapie byla v počátcích vnímána jako antiakademická a antiintelektuální. K tomuto neporozumění významně přispěly Perlsovy demonstrace terapie před velkou skupinou v době jeho pobytu v Big Sur. Mohly vzbuzovat dojem, že gestalt terapie je souborem rychlých technik až triků a měly v důsledku na tento směr ničivý vliv (Bowman, 2005). Podobný efekt měla také následná povrchní práce některých terapeutů, kteří spoléhali pouze na efektní opakování technik. S tímto neblahým dědictvím se musel gestalt přístup potýkat v dalším vývoji, při kterém směřoval k většímu důrazu na bezpečný kontakt, respekt ke klientovi a spolupráci v terapeutickém vztahu.

Gestalt terapie ve světě a v Česku

Gestalt terapie se od poloviny minulého století šířila po USA. Členové nejstaršího institutu založeného v roce 1952 v New Yorku (I. From, P. Goodman, L. Perls, P. Weiz) byli u zrodu gestalt institutu v Clevelandu (C. Harris, E. Kepner, S. a E. Nevis, E. a M. Polster, J. Zinker a další), který uvedl gestalt terapii do institutů v Chicagu, Bostonu, a poté dále do světa i mimo USA. Zatímco Laura Perls zůstala v New Yorku, Fritz Perls přesídlil do Kalifornie a společně s J. Simkinem založili gestalt instituty v San Franciscu a Los Angeles (C. Naranjo, J. Rainwater, R. Resnick, G. Yontef a další). Odsud

se gestalt terapie šířila do Mexika, Jižní Ameriky, Kanady a přes moře do Skandinávie, Velké Británie, Francie a zbytku Evropy, i do Austrálie a N. Zélandu. Terapeutické styly jednotlivých institutů se do určité míry odlišovaly (Yontef, 1998).

V **České republice** představoval gestalt terapii od 70. let na svých seminářích K. Balcar. Od začátku 90. let vedli v Česku a na Slovensku výcvikové programy zahraniční lektoři. Vznikly dva české instituty - v roce 1994 gestalt institut v Praze ²⁾ (dnes Institut pro výcvik v gestalt terapii) a v roce 1996 „Dialog - Český institut pro výcvik v Gestalt psychoterapii“ ³⁾. Programy obou institutů jsou Českou psychoterapeutickou společností akreditovány pro zdravotnictví. Uskutečnily se dvě české (resp. jedna česko-slovenská) konference gestalt terapie (Hejnice 2006, Sepetná 2008).

Teoretická východiska a jejich aplikace

Teoretická východiska gestalt terapie jsou rozmanitá, je možné je členit a kombinovat různými způsoby. Cituji zde několik autorů, jejichž pojetí se mohou v detailech odlišovat. Zařadil jsem je, protože z mého pohledu jsou užitečná pro propojení teorie a praxe. Yontef (2005) uplatnění gestalt terapie v praxi dělí podle tří principů:

1. Procesové pojetí v rámci teorie pole
2. Experimentální fenomenologická metoda uvědomování
3. Existenciálně dialogický přístup: kontakt a vztah

Tyto pojmy dále rozvedu jednotlivě a pro větší názornost je budu ilustrovat na příkladech terapeutické práce. Jedná se o kazuistiku ⁴⁾, jejíž úryvky jsou zde zjednodušeny kvůli demonstraci popisovaných teoretických principů.

Klientka Monika přichází do terapie, protože trpí úzkostmi, bolestmi hlavy a nespavostí. Při mapování vztahového kontextu se ukazuje, že má potíže ve vztahu s manželem, často se hádají. Manžel do terapie jít nechce.

Procesové pojetí v rámci teorie pole

Zaměření na **proces** v gestalt terapii znamená, že terapeut nezkoumá, proč se věci dějí, ale **co a jak** se děje.

Neinterpretujícím způsobem sleduje „neustále plynoucí a měnící se povahu lidského prožívání“ (Zinker, 2004) a přirozenou dynamiku procesu, ve kterém se dostává do popředí to, co je pro klienta významné.

Terapeut pomáhá Monice uvědomit si, jak se s manželem hádají. Ukazuje se, že Monika v běžném životě neví, co sama za sebe chce, není v kontaktu se svými potřebami. Neustále se přizpůsobuje manželovi, má dojem, jakoby „stále ustupovala, až se octne v koutě“. V tu chvíli cítí velkou frustraci a začne si získávat prostor agresivní sebeobranou. Poddajná a přizpůsobivá manželka najednou začne na svého muže křičet a fyzicky ho napadat. Manžel, kterému původní stav vyhovoval, je zmatený, ublížený a rozzlobený. To jsou hrubé rysy procesu, které si Monika v terapii začíná více uvědomovat. Postupně může opakující se charakteristiky takového procesu pozorovat přímo ve chvíli, kdy se odehrávají, a to nejen ve vztahu s manželem, ale i s jinými lidmi včetně terapeuta.

Teorie pole rozpracovaná původně K. Lewinem (1952), je „kognitivním tmelem“, který drží systém gestalt terapie pohromadě a integruje plody různých jejích zdrojů (Yontef, 1993). Lidem nelze porozumět izolovaně, ale pouze jako složitým a interaktivním „celkům“ v prostředí vztahů s okolním světem a se společensko-kulturním zázemím, jejichž všechny aspekty se navzájem ovlivňují a neustále proměňují (Mackewn, 2004). Identita a kvalita každé události, objektu nebo organismu existuje pouze jako součást pole, v přítomnosti, a lze ji poznat jenom skrze situační uspořádání, vytvářené vzájemným ovlivňováním pozorovatele a pozorovaného (Yontef, 1993). Vnitřní svět klienta, vnější prostředí (včetně terapeuta) a neustále se proměňující vztah mezi nimi

představují tři oblasti fenomenologického zkoumání, které dohromady vytvářejí celek nazývaný polem (Joyce, Sills, 2006). Parlett (1997) tento celek nazývá „sjednoceným polem“, a zdůrazňuje vzájemnou propojenost osoby a situace, self a druhých lidí, organismu a prostředí, individuálního a společného. Teorie pole tak překračuje lineární a dichotomický způsob myšlení vlastní newtonovsko-karteziánskému paradigmatu. Z teorie pole lze vyvodit následující zásady (Parlett, 2005):

a) Terapeut není izolovaný, objektivní pozorovatel, oddělený od pole, nýbrž je jeho součástí.

Terapeut se zaměřuje na své prožitky v terapeutickém vztahu, které jsou podstatným zdrojem informací. Při dalších terapeutických sezeních s Monikou cítí uspokojení, že terapie dobře a produktivně postupuje. Při důkladnějším zkoumání si terapeut uvědomuje, že jeho uspokojení z vlastní práce je z velké míry sebestředné a že přitom opomíjí potřeby klientky. Terapeutův prožitek je fenoménem pole a terapeut se za něj nekritizuje, nýbrž ho zvědavě pozoruje (Evans, Gilbert, 2005).

b) Gestalt terapie pracuje „zde a nyní“ a zkoumá aktuální, přítomné pole.

Na začátku devátého sezení si terapeut povšimne, že si Monika odsunula židli a na dotazy odpovídá krátkými holými větami, což u ní doposud nebylo obvyklé. Terapeut se Moniky zeptá na její pocity a dozvídá se, že již z několika sezení odcházela do jisté míry nespokojená. V terapii na sobě nic nedala znát a přišla znovu, ale určitá „nechut“ a frustrace v ní narůstala. Terapeut použije tuto informaci spolu s uvědoměním vlastního prožitku (viz výše zmíněné sebestředné zaměření) ke zformování pracovní hypotézy o způsobu, jakým se pole organizuje. Monika své potřeby opomíjí, je čím dál víc frustrovaná - ale nedává to najevo. Terapeut je naopak zaměřen na uspokojování vlastních potřeb a s Monikou přestává být v kontaktu. Může se jednat o obvyklý způsob, fixovaný gestalt, kterým se

organizuje pole Moničiných vztahů. Její manžel může kontakt s ní prožívat podobně jako nyní terapeut.

c) Terapie zahrnuje společné zkoumání, jak se pole organizuje.

Terapeut má různé možnosti, jak s danou situací zacházet. Jednak si více uvědomuje své vlastní potřeby (např. potřebu uspokojení z práce), což mu umožní jejich uspokojování vědomě odložit pro tuto chvíli stranou. Společně s klientkou zkoumá její potřeby v přítomné situaci („Když cítíte nechuť, co byste teď potřebovala?“). V dalším průběhu své uvědomění explicitně vyjádří: „Uvědomuji si, že posledních několik sezení jsem cítil uspokojení z vlastní práce a zapomínal přitom na vaše potřeby tady. ... Jaké pro vás je to slyšet?“ Monika si uvědomí, že se jí opět opakuje situace, kterou dobře zná. Společně s terapeutem zkoumají, jak k takovéto organizaci pole každý z nich přispívá. Monika zjišťuje, jak se snažila vyhovět terapeutovi a zapomínala na své potřeby, opět „ustupovala do kouta“.

d) Terapeut věnuje pozornost zkoumání různých částí pole. Terapeut zaměřuje své vlastní uvědomování holisticky na myšlenky, emoce i tělo a pomáhá v tom také klientce. Zeptá se Moniky, jaké jsou její tělesné reakce při „ustupování do kouta“. Vnímavost k těmto tělesným signálům (Monika uvádí „stažený žaludek a ztuhlý úsměv na tváři“) umožní příště Monice rozpoznat podobnou situaci dříve a získat tak větší svobodu při jejich zvládnání.

Terapeut se zaměřuje na proces **tvořivého přizpůsobování**, kterým se klient neustále tady a teď smysluplně organizuje ve vztahu k okolí. Klientčiny obtíže nevnímá jako kauzální následek minulosti, nýbrž jako interakci a pro klientku v danou chvíli nejlepší možný způsob přežití, na který je možno nyní zaměřit pozornost.

Vzorec, kterým Monika organizuje vztahové pole, chápe terapeut jako tvořivé přizpůsobení, které Monice umožnilo co nejlépe se

vyrovnat s obtížnou situací. Monika měla mladší sestru, mentálně i tělesně postiženou. Péče o sestru byla pro rodiče náročná a na Moniku neměli příliš času ani sil. Monika se přizpůsobila tak, že upozadovala své potřeby, ustupovala sestře i vyčerpaným rodičům, jejich potřeby kladla před vlastní. Potíže nastaly, když se tento vzorec stal automatickým způsobem jednání, který Monika používala i v jiných situacích (ve škole, partnerských vztazích). Ostatní lidé na ni reagovali tak, že zapomínali na její potřeby a daný vzorec se dále upevňoval.

Samotný vzorec není dobrý nebo špatný, je to tvořivý způsob zvládnání obtížné situace. Potíže způsobuje jeho rigidní neuvědomované používání i v situacích, které vyžadují nový, tvořivější přístup. V praxi se odlišuje užší „prožitkové pole“ jako metafora toho, jak klienti v přítomném okamžiku organizují svůj prožitek ve vztahu s terapeutem, a „větší pole“ širšího kontextu včetně dřívějších vzorců organizace pole z osobní historie (Joyce, Sills, 2006). Terapeut pružně přepíná mezi těmito dvěma perspektivami a umožňuje tak klientovi nahlédnout, jak sám spoluvytváří svůj prožitek. Přítomné prožitkové pole ve vztahu s terapeutem (či se skupinou) se organizuje podle podobných zákonitostí, jako „větší“ vztahové pole klienta.

Monika si uvědomuje, že se podobě jako k manželovi chová také k rodičům, sestře i kolegům v zaměstnání. Uvědomuje si svůj podíl na utváření vztahů s ostatními lidmi, bere si za něj zodpovědnost a má větší svobodu volby – kdy navyklý, vyzkoušený vzorec používat, protože jí dobře slouží, a kdy zkusit tvořivě zvládat situaci novým způsobem.

Experimentální fenomenologická metoda uvědomování

Prožitek v přítomném okamžiku teď a tady. Opakující se vzorec, „fixovaný gestalt“, který přivádí klienty do terapie, lze ovlivnit pouze tehdy, pokud je aktivován. V navyklých

způsobech chování a prožívání má „hlavní slovo“ implicitní (procedurální) paměť, kterou zaměřením na proces teď a tady aktivujeme. Změna nenastane, pokud se v terapii bude mluvit pouze o obsahu (explicitní obsah paměti) (Staemmler, 2002).

Terapeut umožňuje Monice více si uvědomovat přímo v terapeutické situaci své pocity frustrace při zanedbávání vlastních potřeb. Ptá se: „Jak se teď cítíte?“, „Co teď prožíváte?“, „Co se teď děje ve vašem těle?“ a vede Moniku k uvědomění vlastních potřeb. Monika se učí rozpoznávat jemné emoční a tělesné signály frustrace a naslouchat svým potřebám dříve, než se nechá „zatlačit do kouta“. Také se učí vnímat citlivěji vlastní potřeby a přirozené, tvořivé impulzy, které vedou k naplnění jejích potřeb. Uvědomí si například, že její impulz odtáhnout si židli na začátku sezení byl vyjádřením její potřeby mít více místa sama pro sebe a nebýt stále jen k dispozici druhým. V prostředí bezpečného terapeutického vztahu si Monika zkouší nový způsob vztahování se. Učí se projevit své potřeby v dialogu s druhým. Terapeut opakovaně ověřuje, jestli způsob, jak terapie aktuálně probíhá, je to, co Monika potřebuje. A Monika se odvažuje říct, že by například chtěla mluvit ještě o jiném tématu, než o tom, na které se právě zeptal terapeut. Tyto dovednosti – včasné rozpoznání frustrace skrze emoční a tělesné prožitky a vyjádření vlastních potřeb v kontaktu s druhým – může Monika používat i v dalších vztazích, například se svým manželem.

Fenomenologická metoda byla z původně filozofického přístupu rozvinutého E. Husserlem upravena pro terapeutické účely a umožňuje zkoumat klientův subjektivní prožitek a jeho smysl v kontextu jeho života. Terapeut respektuje klientovo vlastní vnímání světa a sebe sama, snaží se co nejvíce přiblížit klientovu aktuálnímu prožitku a co nejméně interpretuje to, co klient dělá a říká. Terapeut samozřejmě nemůže pracovat bez porozumění tomu, co se v terapii děje. Toto porozumění však

drží zlehka jako „pracovní hypotézy“ a je připraven je pružně měnit v dialogu s klientem.

Rozlišujeme tři hlavní složky fenomenologické metody (Yontef, 1993; Fleming Crocker, 2005):

1. **Uzávorkování** („epoché“). Terapeut vědomě a dočasně odkládá svůj vlastní výklad, své předporozumění stranou, aby mohl sledovat situaci či fenomén nepředpojatě, jako by něco takového viděl poprvé. *Když Monika popisuje, jak doma manželovi ve všem ustupuje, terapeut cítí neklid a v duchu si říká, že takový vztah nemůže v této podobě dlouhodobě vydržet. Tuto svoji reakci založenou na vlastním předporozumění situaci však odloží stranou a zeptá se: „Jak se v takových situacích cítíte?“*

2. **Popis**. Terapeut si všímá a bez hodnocení popisuje to, co je zjevné, co je přímo přístupné smyslovému vnímání. Sleduje fenomenologický proces, jako by ho stopoval, jak se v čase proměňuje. *Terapeut může fenomenologicky popsat: „Slyším, že jste teď zhluboka vydechla,“ nebo „Uvědomuji si, že jste dnes přišla o pět minut později.“, klientka sama může dodat vlastní komentář a zasadit tyto fenomény do kontextu tak, jak jí samotné to dává smysl.*

3. Zrovnoprávnění významů – **horizontalizace**. Terapeut nehodnotí závažnost jednotlivých jevů. Vše, co se objevuje, je potenciálně stejně důležité. Společně s klientem zvědomuje složky právě teď přítomného prožívání (emoce, myšlenky, tělesné a smyslové vjemy, potřeby, impulzy) a nechává prostor k jejich uspořádání do smysluplného tvaru.

Joyce a Sills (2006) přidávají ještě čtvrtou složku: **aktivní zvědavost**, která oživuje předchozí tři. Terapeut se zvědavě snaží porozumět, jak se určitá situace rozvinula, jaký to klientovi dává smysl a jak to zapadá do širšího kontextu jeho života.

Experimentální přístup je podstatnou složkou gestalt terapie (L. Perls in Amendt-Lyon, 2003; Polster, 2005; Parlett, 2003;

a další). Terapeut explicitně či implicitně navrhuje klientovi „zkuste“ a „vyzkoušejte si“ (Perls et al., 1951/1990) a poskytuje klientovi k takovému kroku podporu (L. Perls, 1978).

Experimentem se nazývá intervence, při které terapeut aktivně přetváří terapeutickou situaci tak, aby klientovi pomohl zvýšit jeho uvědomění a zapojit jeho nevyužívaný potenciál.

Terapeut navrhne určitou změnu vyjádření nebo chování a v dialogu s klientem spoluvytváří experimentální situaci.

Používání experimentu v současném gestalt přístupu charakterizuje důraz na dostatečné bezpečí a podporu.

Experiment je zejména vhodný při práci s fixovaným gestaltem, kdy rozvolňuje strnulé procesy a zvyšuje možnost volby (Joyce, Sills, 2006). Cílem je vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém klient přijme svoji úzkost z vykročení ze známého fungování a může riskovat jiné chování (Philipppson, 2001).

Monika si díky dynamice terapeutického vztahu uvědomila, že své vlastní potřeby upozaduje a nechává se „zatlačovat do kouta“. Zjistila, že podobně se chová také ve svém manželství a že jí je to nepříjemné, chce to změnit. Zároveň si ale uvědomuje, že jí na manželovi záleží a chce s ním zůstat. Terapeut jí pomůže toto uvědomění zvýraznit. Nabídne jí, aby zkusila říct nahlas větu (kterou si může klientka podle sebe upravit): „Chci se starat o své potřeby a chci zůstat se svým manželem.“ Pokud by toto zjištění bylo pro Moniku již dostatečně objevné, terapeut může v tuto chvíli experiment ukončit a zaměřit se na integrování získaného uvědomění. Zde však vyřčená věta pro Moniku není novinkou, sama si ji v duchu říká, neumí ji ale převést do vztahu s manželem. Terapeut nabídne pokračování experimentu a navrhne Monice, aby si manžela představila (jen v duchu a nebo přímo na prázdné židli před sebou). Větu pak může říct přímo představě manžela: „Chci se starat o své potřeby a chci s tebou zůstat“. Smyslem takového experimentu je rozšířit uvědomění o prožitkovou složku. Další postup, na kterém se terapeut domlouvá

s klientem, závisí na vyváženosti dostatečného pocitu bezpečí a podpory s potřebou klienta dále objevovat něco nového.

Experiment mohou ukončit v této fázi a nebo ho dále vystupňovat tím, že budou rozvíjet dialog klientky s prázdnou židlí (Monika si představí, co by asi manžel odpověděl, a reaguje na to.)

Terapeut se při používání experimentu aktivně zaměřuje na tu složku terapie, při které klient „riskuje něco nového“ (Melnick, 1980), strukturuje průběh terapie a klientovi navrhuje určitý úkol. Podstatná je schopnost terapeuta rezignovat na snahu dovést experiment k určitému výsledku, protože experiment v zásadě směřuje k „prožitkovým procesním cílům“ (Joyce, Sills, 2006), které se nedají naplánovat. Základním východiskem při tvorbě experimentu je zaměření na přítomný proces teď a tady. Při experimentu se prozkoumává to, co je již částečně přítomno v uvědomění klienta i terapeuta. Hledá se způsob, jak by bylo možné toto uvědomění prohloubit. Experiment obsahuje obrysy figury (Roubal, 2008), která se aktuálně vynořuje v terapeutickém vztahu. Cílem není předem plánovaná změna, nýbrž větší uvědomění a větší možnost volby. Terapeut klientovi nabízí: „Udělej to a uvidíš, co budeš prožívat“ a ne: „Udělej to, aby ses změnil“ (Greenberg, 1996). Terapeut je zodpovědný za svůj aktivnější přístup a návrhy, experiment je však spoluvytvářen v dialogickém vztahu a zapojují se do něj jak klient, tak terapeut. Zásadní je odlišit experiment od **techniky** (Melnick, 1980). Technika je předem připravené cvičení, které terapeut může použít, jestliže chce navodit určitý stav, nasměrovat klienta k určitému cíli. Například relaxační cvičení na začátku terapeutické hodiny směřuje k tělesnému uvolnění klienta a přeladění na introspekci. Experiment se naproti tomu rodí z procesu právě přítomného terapeutického vztahu (Amendt-Lyon, 2003), který klient ani terapeut nekontrolují (Mackewn, 1999) - vzájemný vztah se stává experimentální laboratoří.

Použití experimentu má své zákonitosti: mj. kontraktování, načasování, odstupňování náročnosti, spoluvytváření v dialogickém vztahu; více o tom např.: Zinker, 1977, 2003; Melnick, 1980; Mackewn 1999; Phillipson, 2001; Amendt-Lyon, 2003; Melnick, Nevis, Shub, 2005; Joyce, Sills, 2006. Výzkum se zabývá především experimentem se dvěma židlemi či s prázdnou židlí (např. Greenberg, 1998, 2006; Kellogg, 2004).

Existenciálně dialogický přístup: kontakt a vztah

Gestalt přístup klade důraz na upřímně empatický, jedinečný terapeutický vztah, staví na filozofickém základě dialogického pojetí existence Martina Bubera (Buber, 1969). V terapii se potkávají dvě lidské bytosti a jejich **dialogické** „setkání není zaměřeno k určitému cíli“ (Yontef, 2006). **Existenciální**

nabídka terapeuta vůči klientovi zní: „Přijmi svůj prožitek,“ (Greenberg, 1996), přijmi sám sebe, jaký jsi v tuto chvíli.

Gestalt terapeut vstupuje sám za sebe do prožitku autentického, vřelého setkání. Terapeut a klient jsou partneři, kteří prostřednictvím kontaktu navzájem ovlivňují a definují jeden druhého. Při skutečném dialogu se mění klient i terapeut (Yontef, 2005). Potenciál pro změnu a růst se objevuje při existenciálním setkání dvou plnohodnotných lidských bytostí. Kontakt terapeuta s klientem směřuje k léčivému setkání Já-Ty, při kterém jeden druhého (i sebe sama) přijímá takového, jaký v tomto okamžiku je a nesnaží se ho měnit ani využívat.

Můžeme popsat čtyři základní charakteristiky existenciálně dialogického principu (Jacobs, 1995; Yontef, 2005):

- **Začlenění** (*inclusion*), ponoření se do spolubytí. Terapeut se vžívá co nejvíce do prožitku klienta, jako by ho prožíval sám na sobě, ve svém těle, a přitom se nevzdává vlastní jedinečnosti.
- **Stvrzování** (*confirmation*). Terapeut přijímá existenci klienta takovou, jaká je, a uznává jeho potenciál k růstu.

- **Přítomnost** (presence). Terapeut je autenticky přítomen jako člověk, jeho projev je kongruentní s tím, co opravdu prožívá.

- **Odevzdání se „tomu mezi“** (surrender to between) či **věrnost dialogu** (commitment to dialogue). Terapeut se nesnaží kontrolovat výsledek setkání, je otevřený tomu, co se neplánovaně objevuje v dialogu.

Když si Monika uvědomila svůj navyký vzorec, kterým se vztahuje k druhým, začíná se rozpomínat na různé životní situace. Mluví o lítosti, kterou pocituje, když si představí, o co sama sebe v životě připravila. S kolika lidmi se v životě opravdu nepotkala („rodiče, sestra, kamarádka a vlastně i manžel“), protože ve vztahu s nimi nebyla plně za sebe a nevyjádřila, co v kontaktu s nimi opravdu potřebuje. Terapeut účastně naslouchá, krátkým přitakáním či neverbálně vyjadřuje svoji plnou pozornost a účast na tom, co Monika prožívá. Pocituje pohnutí, cítí náznak slz v očích. Chvíli tiše čeká, nehodnotí, neinterpretuje. Přijímá, že takto to je, nesnaží se společný prožitek měnit. V souladu se svým prožíváním Monice sděluje: „Dojímá mne, co říkáte,“ a je otevřený tomu, co se v dialogu vynoří dál.

Přenos a protipřenos

Dialogické a fenomenologické pojetí poskytuje gestalt terapii rámec pro uchopení přenosových jevů. Gestalt terapie uznává důležitost práce s těmito fenomény, namísto prohlubování přenosu s ním však zachází v situaci teď a tady jako s jedním z možných způsobů vnímání a organizace pole. Přenos je v pojetí gestalt přístupu neuvědomovaný „způsob, kterým jedinci nahlízejí na svou současnou realitu optikou vlastní minulosti, neukončených záležitostí a fixovaných gestaltů, v rozporu s okolnostmi současné situace. Je to proces, jímž lidé formují svou současnou životní zkušenost ... pomocí předem připravených vzorců organizování pole a utváření významů v něm“ (Mackewn, 2004). Takovýto rigidní, stereotypní

způsob organizace pole je zároveň součástí skutečného setkání klienta a terapeuta zde a nyní, je spoluvytvářen (proto se také může používat pojem „*co-transference*“; Joyce, Sills, 2006).

V pojetí gestalt terapie může být protipřenos terapeutovou reakcí na klientův přenos („reaktivní protipřenos“ (Mackewn, 2004), terapeutův prožitek pak má velkou diagnostickou hodnotu pro pochopení klientových navykých způsobů organizace pole. Nebo se může jednat o terapeutův přenos („proaktivní protipřenos“; Mackewn, 2004), při kterém se terapeut na organizaci pole podílí prostřednictvím svých fixovaných vzorců a který zahrnuje prožitek terapeuta „objevující se během terapeutické práce s klientem, ale ne nutně užitečný pro klienta“ (Melnick, 2003). Terapeut pak reaguje na klienta podobně, jako je zvyklý reagovat na osoby ze své minulosti. Takovou formu protipřenosu terapeut potřebuje zvědomovat a zpracovávat ne přímo v terapeutickém vztahu, ale nejprve v supervizi. Tyto dvě formy protipřenosu jsou nutně vzájemně propojené, protože jsou fenoménem jednoho pole.

Self

Gestalt terapie je založena na předpokladu, že jevy jsou svojí podstatou vztahové, že i self je intersubjektivním fenoménem pole. „Neexistuje žádné „Já“ mimo interpersonální pole, mimo vztahy ‚Já - Ty‘ nebo ‚Já - to‘ “ (Yontef, 1998). Self není samostatnou strukturou či věcí, nýbrž procesem kontaktování, který se odehrává na „**hranici kontaktu**“ (Perls et al., 2004) osoby a prostředí. Proto se také někdy místo statického „self“ používá dynamický pojem „*selfing*“ (Parlett, 2005). Self je proces, kterým se smysluplně organizuje aktuální prožitek v okamžiku kontaktu, identita člověka se odehrává na hranici kontaktu. Člověk se však nejen neustále proměňuje, ale má také kontinuitu a stabilní charakteristické rysy. Ty se utvářejí ustálenými způsoby, kterými se člověk vztahuje ke svému okolí

a které se opakují v každém novém poli. Tyto ustálené, osvědčené vztahové vzorce vedou k tomu, že se self daného člověka strukturuje určitým charakteristickým způsobem. *Monika terapeutovi vyhovuje, uspokojuje jeho potřeby a své potřeby zanedbává, ustupuje. Terapeut se nechává uspokojovat, nevšímá si příliš potřeb klientky a "zatlačuje ji do kouta". Pole se organizuje ustáleným, rigidním způsobem, kterým je Monika zvyklá se vztahovat ke svému okolí. Zároveň má pole potenciál se organizovat teď a tady novým, jedinečným způsobem. Monika se v bezpečí terapeutického vztahu odhodlá mluvit o svých potřebách a terapeut bude její potřeby respektovat, oba budou spolupracovat na zkoumání a zvědomování. Self Moniky (i terapeuta) je určováno celým tímto systémem kontaktů - jak rigidními vzorci tak potenciálem aktuálního setkání. Přitom je zde pro názornost pole omezeno jen na vztah terapeuta a klienta, ve skutečnosti je tento vztah ovlivňován širším polem dalších vztahů.*

Self je možné pojímat jako **proces** i jako **strukturu** zároveň a terapeut může svoji pozornost střídavě zaměřovat na klientův aktuální proces kontaktování a na stabilní prvky (např. hodnotový systém) (Mackewn, 2004). Obě perspektivy jsou stále přítomny a proměňují se na pozicích figury a pozadí. Self zásadním způsobem ovlivňuje naše vnímání okolí i tvorbu významů, které svým prožitkům připisujeme (Mackewn, 2004). Například zkušenosti z osobní historie představují stabilní prvek, který má vliv na pozdější fungování klienta. Zároveň vzpomínky na ně konstruuje a prožívá teď a tady ve vztahu s terapeutem. V terapii dochází k jedinečnému setkání dvou osob, které se povahou svého kontaktu teď a tady vždy nově definují navzájem. Terapeut se tedy zajímá o to, co se stalo a jak to klient prožíval, a poté se může zeptat: „A jaké to pro vás je, vyprávět mi to?“.

Self zahrnuje mnoho rozdílných procesů, které jsou uspořádány jako „shluk protikladných sil“ (Zinker, 2004) či polarit, jako

například laskavost a krutost. Nejedná se jen o jeden protiklad, ale o více souvisejících polarit. Polster (1995) používá termín „multilarity“ či dokonce mluví o celé „populaci polarizovaných self“, které se projevují odlišným způsobem (laskavé self, spolehlivé self apod.) a navzájem spolupracují či soupeří (Zde se však Polster podle jiných autorů vzdaluje základnímu procesovému pojetí self v gestalt terapii).

„Sebepojetí (self-concept) často nepřipustí bolestné uvědomění protikladných sil v nás. Považuji se raději za chytrého než za hlupáka, ...raději za laskavého než za krutého“ (Zinker, 2004). Nepřijatelné **polarity** člověk promítá bez uvědomění na lidi ve svém okolí, což přináší interpersonální konflikty. Člověk, který není ochoten přijmout svoji krutost, je přehnaně citlivý na projevy krutosti kolem sebe a „krutě“ se vůči nim vymezuje. Při práci s polaritami si klient zvědomuje a učí se přijímat zpět své projikované polarity, rozšiřuje své sebepojetí nejen o původně nepřijatelné polarity, ale také dospívá k celistvějšímu, hlubšímu prožití těch přijatelných. „Když sám sobě nedovolím být nelaskavý, nebudu nikdy opravdu laskavý“ (Zinker, 2004). *Monika se běžně chovala jako „obětavá pomocnice“. Ve chvíli, kdy se ocitla v koutě, začala se chovat jako „zaslepený, zuřivý sobec“. V tu chvíli se nepoznávala, sobeckost nepatřila do jejího sebepojetí. V terapii se postupně seznamovala s touto svojí polaritou a přijímala nejen svoji „pomocnici“, ale i svého „sobce“ tím, že se učila starat o vlastní potřeby. Pro hlubší prožitek a integraci zde terapeut nabízí experiment se **dvěma židlemi**. Monika se na jedné židli identifikuje s polaritou „obětavé pomocnice“ a hovoří za ni, poté si přisedne, identifikuje se se „sobcem“ a odpovídá. Takto se mezi polaritami rozvíjí dialog, Monika dospívá k většímu uvědomění a rozšiřuje své sebepojetí. Po přijetí vlastní polarity „sobce“ Monika zjišťuje, že slábne její silné kritické nastavení vůči projevům manželovy sobeckosti.*

Základní principy gestalt přístupu můžeme chápat jako teoretický rámec, kterým terapeut nahlíží na klienta a jeho obtíže, a jako metodologická vodítka, která uvádějí teorii do praxe. Nejedná se však o předem popsané konkrétní postupy či techniky. Podle Laury Perls (1978) terapeut může v rámci existenciálních, prožitkových a experimentálních základů gestalt terapie používat nejrůznější praktické modifikace v závislosti na jeho profesních zkušenostech, osobnostních dispozicích a potřebách klienta. Gestalt přístup je založen na **tvorivosti a flexibilitě** (Spagnuolo Lobb, Amendt-Lyon, 2003; Zinker, 2004), cení si terapeutovy **intuice**. S oblibou tvořivě využívá **neverbálních** arteterapeutických prostředků (např. Stevens, 2004, Mackewn, 2004) a **práci s tělem** (např. Smith, 2007).

Modely

Teoretické koncepty rozvedené výše propojuje s praxí množství modelů sloužících jako vodítka pro gestalt terapeuty. Vybírám zde dva často používané modely umožňující terapeutům rozpoznat a pojmenovat zákonitosti procesu, který se odehrává na hranici kontaktu.

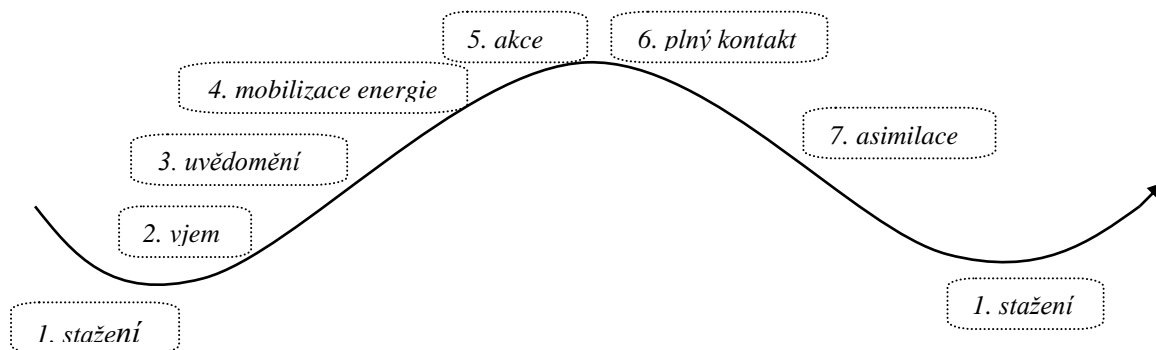
Kontaktní cyklus

Jedna potřeba organismu v kontaktu s prostředím se v určitém okamžiku stává dominantní, vystupuje do popředí. Organizuje vnímání i jednání člověka a utváří **figuru** na **pozadí** ostatních, v tu chvíli méně naléhavých potřeb. Po jejím uspokojení se **gestalt** uzavírá, figura ustupuje do pozadí a uvolňuje místo jiné. Dochází k plynulému vzniku a zániku figury na **hranici kontaktu** člověka s prostředím. Proces vstupu do kontaktu a stažení se z něj se nazývá **kontaktním cyklem**. Tento model, původně Perlse nazvaný „cyklus vzájemné závislosti organismu a prostředí“ (Perls, 1969) se v literatuře objevuje

také např. pod názvy „cyklus prožitku“ či „cyklus utváření a zániku gestaltu“. Zde vycházím z modelu Zinkera (Zinker, 2004) revidovaného dalšími autory (Mackewn, 2004; Woldt, Toman, 2005; Joyce, Sills, 2006).

Celý cyklus probíhá v následujících fázích:

1. **stažení**
2. **vjem** (tělesné vjemy, vnímání)
3. **uvědomění** (rozpoznání)
4. **mobilizace energie** (vzrušení, rozhodování, příprava)
5. **akce** (vyjádření, experimentování)
6. **plný kontakt** (interakce, setkání Já - Ty)
7. **asimilace** (integrace, uspokojení, přijetí)
1. **stažení** (diferenciace, ztráta zájmu)



Vrátíme-li se k ilustrativní kazuistice klientky Moniky, můžeme si vytvořit hypotézu o podobě kontaktního cyklu, jak by probíhal v případě jejího subjektivně uspokojivého a tvořivě přizpůsobivého fungování. Její potřeba vlastního prostoru v kontaktu s manželem dává vystoupit figuře „vymezování se“. Monika v určitou chvíli pocítí při kontaktu s manželem vlastní tělesné napětí, které event. přechází do bolesti hlavy, stažení žaludku, povrchního dýchání (fáze 2 kontaktního cyklu - **vjem**). Na základě těchto vjemů si uvědomí: „Je mi nepříjemné, že mám málo prostoru, příliš manželovi ustupuji,

připadám si zahnaná do kouta" (fáze 3 - **uvědomění**). Objeví se hněv a pocit strachu a vzrušení, často na tělesné úrovni (zrudnutí, hučení v hlavě) (fáze 4 - **mobilizace energie**). Monika vyjádří své pocity a potřeby vůči manželovi (fáze 5 - **akce**). V kontaktu s manželem dochází k vymezování se, střetu a plně prožitému kontaktu, které jsou provázené intenzivním prožitkem (fáze 6 - **plný kontakt**). Poté dochází ke zpracování, integraci prožitku (fáze 7 - **asimilace**). Monika s manželem akceptují potřeby vlastní i potřeby druhého, porozumí si a domluví se na vymezování osobního prostoru. Potřeba je naplněna, figura ustupuje do pozadí, Monika s manželem toto téma dále nepotřebují řešit, snižuje se intenzita emocí, uvolňuje se prostor pro další potřebu (fáze 1 - **stažení**). Kontaktní cyklus může být mezi různými fázemi zablokován nebo může některé fáze přeskakovat.

Na základě modelu kontaktního cyklu můžeme utvořit terapeutickou **hypotézu** o potížích, které Moniku do terapie přivedly. Monika zažívala tělesné vjemy (fáze 2), poté však přeskočila fázi uvědomění (fáze 3) a dlouho zůstávala ve fázi mobilizace energie (fáze 4). Ve chvíli, kdy již bylo vnitřní napětí příliš velké, velice rychle přešla od akce (fáze 5) k plnému kontaktu (fáze 6). Kontakt, při kterém se Monika bez dostatečného uvědomování snažila naplňovat potřebu vlastního prostoru, byl pro jejího manžela i pro ni natolik nečekaný a intenzivní, že neumožnil konstruktivní zpracování v páru. Nedošlo k asimilaci (přeskočení fáze 7), Monika s manželem se stáhli z kontaktu (zpět k fázi 1). Potřeba nebyla naplněna a figura se ve vztahu znovu opakovaně vynořovala.

Z takové diagnostické úvahy vyplývají vodítka pro terapeuta:

- Pracovat na zvědomování tělesných vjemů (zdůraznění fáze 3). Terapeut se ptá: „Co se děje teď ve vašem těle?“ a klientka se učí být pozorná i k jemnějším signálům těla.¹
- Neustrnout ve fázi mobilizace energie a umožnit plynulejší přechod k akci, vyjádření potřeby (fáze 4 a 5).

Terapeut se ptá: „Co byste teď potřebovala?“, klientka se učí zmobilizovanou energii využít k vyjádření své potřeby a navázání kontaktu, moderování intenzity kontaktu (fáze 6).

- Poskytnout prostor pro integraci a asimilaci (fáze 7).

Terapeut se ptá: „Jaké to pro vás je, takto vyjádřit své potřeby?“ a také může sdílet své uvědomění jako zpětnou vazbu: „Když jste svoji potřebu vyjádřila, prožíval jsem uvolnění napětí a ochotu být s vámi v kontaktu.“

Terapeut využívá situaci teď a tady v terapeutickém vztahu a více zvědomuje vzorec, kterým klientka kontaktní cyklus typicky deformuje. Nové uvědomění a dovednosti si pak klientka přenáší i do vztahů mimo terapii.

Různí autoři kontaktní cyklus dále rozpracovali a adaptovali pro práci s rodinou (Zinker, 1994), organizacemi (Nevis, 1987) či skupinou (Kepner, 1980).

Kontaktní styly

Předcházející model kontaktního cyklu znázorňuje, jak probíhají děje na hranici kontaktu v čase. Model kontaktních stylů oproti tomu popisuje specifické rysy kontaktu v jednotlivých časových úsecích. Pro zdravé fungování je potřeba dobrý kontakt s druhými i se sebou samým. Protože podmínky pole se proměňují, je také potřeba, aby se jim způsob kontaktování tvořivě přizpůsoboval a v nové situaci mohly být naplněny nové potřeby. Joyce a Sills uvádějí příklad: „Je dobré přerušit impuls k přecházení ulice a nejdříve se rozhlédnout po jedoucích autech, ale pravděpodobně není dobré přerušit impuls k pláči, když jste na pohřbu“ (Joyce, Sills, 2006).

Uvádím pět v praxi nejčastěji zmiňovaných kontaktních stylů. Původně byly zde popisované zákonitosti kontaktování vysvětlovány jako rušivé procesy, vyhýbání se nebo přerušování kontaktu, což vede k neuspokojení potřeby (Perls, 1947; Perls,

Hefferline, Goodman, 2004 [1951]; Polster, Polster, 2000 [1974]). Toto pojetí se později změnilo. Namísto přerušování

STYL KONTAKTU - CHARAKTERISTIKA	PŘÍKLAD	TERAPEUTICKÝ POSTUP
introjekce cizí názor či přesvědčení je bez zvážení a asimilace přijat za vlastní	<i>Monika sama po sobě požaduje to, co se po ní požadovalo v dětství: „Nebud' sobecká, nejdřív se musíš postarat o druhé“. Důsledkem je neschopnost vnímat vlastní potřeby.</i>	Introjekt má často podobu vnitřního příkazu „měl bych...“. Terapeut pomáhá klientovi prozkoumat obsah introjektu a rozhodnout se, jestli se jím nadále chce řídit. Příkaz „měl bych...“ se proměňuje na „chci...“ nebo „nechci...“, což může klient zdůraznit tím, že to vysloví nahlas.
projekce vlastní charakteristika není přijímána a je bez uvědomění promítána na okolí	<i>Svoji „sobeckost“ Monika projikuje na okolí (manžel, terapeut...). Tam se ji nejprve snaží uspokojovat a poté se vůči ní vymezuje.</i>	Intenzivní prožitek vůči jinému člověku (např. hněv či uctívání) naznačuje, že na něj klient projikuje vlastnost, kterou u sebe nepřijímá. Terapeut pomáhá klientovi zkoumat, co přesně mu na druhém vadí (nebo co obdivuje), a poté hledat tuto vlastnost u sebe.
retroflexe zadržování impulzů směřujících ven, obracení energie proti sobě	<i>Nespokojenost a hněv, které Monika cítí vůči manželovi, obrací proti sobě. Vyčítá si například, že doma dělá scény. Pravděpodobným důsledkem retroflexe jsou také její bolesti hlavy.</i>	Retroflexe se může projevit na úrovni těla (klient se například kousá do rtů). Terapeut pomáhá klientovi zachytit okamžiky, kdy své impulzy otáčí proti sobě a rozhodovat se vědomě, jakým směrem je chce zaměřit.
konfluence splynutí s druhým bez uvědomovaného odlišování se	<i>Monika nerozlišuje mezi svými potřebami a potřebami manžela. Dokud to jde, snaží se o nekonfliktní jednotu. Například jí, když její manžel hlad.</i>	Konfluence se často projevuje v řeči („My...“). Klient například říká: „My jsme chtěli...“, „Líbilo by se nám...“. Terapeut pomáhá zkoumat, co klient sám za sebe chce, co se mu samotnému líbí apod.
deflexe odklon od přímého kontaktu s druhým	<i>Při náznacích, že by mohlo dojít k vymezování a sporu s manželem, Monika odchází z kontaktu (jde vařit, mýt nádobí...).</i>	Pro deflexi jsou typická neosobní témata (např. hovor o počasí) a odosobnělé výrazy: „Člověk má pocit...“, „Běžně se stává, že...“. Terapeut pomáhá klientovi zůstat v kontaktu a uvědomit si vlastní prožitek. Klient může např. zkoušet říkat věty, které začínají „Já...“.

kontaktu se mluví o určitém specifickém způsobu kontaktování (Wheeler, 1991; Melnick, Nevis, 1992) a ten se nehodnotí

obecně jako dobrý či špatný (Mackewn 1997; Swanson, 1988; Joyce, Sills, 2006).

Zájemce o **další modely** odkazují na příslušnou literaturu: např. o tzv. „vrstvách neurózy“ (Steammmler, 1994), polaritách (Zinker, 2004), třech funkcích self („*id, ego, personality functions*“) (Spagnuolo Lobb, 2005).

Rizika používání modelů

Výše uvedené modely jsou užitečným terapeutickým a výukovým nástrojem pro svoji jednoduchost a názornost. Je však třeba mít na paměti, že se jedná o značné **zjednodušení** komplexity lidského prožitku kontaktu. Model kontaktního cyklu například nedokáže postihnout složitější situace, jako třeba potřebu volit mezi dvěma „soupeřícími figurami“ (Joyce, Sills, 2006). Je také podrobován kritice z hlediska teorie pole, Wollants (2007) vidí model kontaktního cyklu dokonce jako škodlivý kvůli přílišnému zaměření na individuum a odklon od vztahového pojetí. Modely svádí k **analyzování** a **interpretování** osobnosti klienta jako subjektu vyděleného ze vztahů s okolím. To by však bylo zcela proti holistickému a vztahovému pojetí gestalt terapie založeném na teorii pole. Každý popisovaný jev – ať už ho nazveme přerušением kontaktního cyklu či třeba retroflexí – je fenoménem pole, který nelze vypreparovat ani přisoudit jen jedné straně. Přerušением kontaktního cyklu či retroflexe je spoluutvářena v komplexním vztahovém poli, v terapeutickém vztahu k nim přispívají jak klient tak terapeut.

Monika například projikovala na terapeuta svoji „sobeckost“. Terapeut tuto projekci umožnil tím, že si svoji vlastní „sobeckost“ zpočátku neuvědomoval, projekci přijal a upřednostnil vlastní potřebu uspokojení z práce před potřebami Moniky. Terapeut tedy zase projikoval na Moniku svoji „obětavost“. Společným úkolem terapeuta i klienta je co nejvíce tyto komplexní zákonitosti zvědomovat. Jednak proto, že tak lze získat informace o způsobu, jak se může pole

organizovat i v jiných Moniččiných vztazích. A také proto, že uvědomění takového vzorce v terapeutickém vztahu nabízí možnost nové organizace pole, nové korektivní zkušenosti. Při zkoumání svých vzájemných projekcí zde již není „sobecký“ terapeut a „obětavá“ klientka, ale dva partneři v dialogu, z nichž každý si uvědomuje jak svoji „sobeckost“ tak svoji „obětavost“. Tuto novou zkušenost opět může Monika přenášet do svých dalších vztahů.

Dalším rizikem používání modelů je **patologizace** klienta. Určitý specifický způsob kontaktu je potřeba pojímat bez hodnocení jako formu tvořivého přizpůsobení člověka aktuálnímu poli. Klient přichází do terapie s problémy, které se objevují, když se navyklá reakce tvořivě nepřizpůsobuje změněným podmínkám. Určitá modifikace procesu a stylu kontaktu je pak uplatňována rigidně, což nevede k naplnění potřeby. Z původně tvořivého přizpůsobení se stává fixovaný gestalt, rigidní vzorec. Úkolem terapeuta je pomoci klientovi zvědomit navyklý způsob kontaktování a umožnit svobodnější volbu: jestli chce dále tento způsob používat, anebo ho zkusí změnit. Laura Perls tvrdila, že psychoterapie spočívá v de-automatizaci blokování kontaktu (Perls, 1978).

Monika se vyhýbá konfliktům pomocí deflexe. V napjatých chvílích například zavtipkuje a stočí hovor k nekonfliktnímu tématu. Tento mechanismus se jí osvědčil v původní rodině jako forma tvořivého přizpůsobení a dále jí dobře slouží například při společenských setkáních v zaměstnání. Jako sekretářka zde dokáže pomocí deflexe předcházet zbytečnému eskalování napětí a je za to oceňována. Mechanismus deflexe tedy není patologie, kterou by bylo potřeba měnit. Terapie vede k tomu, že si Monika své deflektování více uvědomuje a má větší svobodu volby.

Modely jsou velmi užitečné při reflexi práce terapeuta (např. při supervizi), slouží terapeutovi k tomu, aby se zorientoval a vytvářel si hypotézy. Protože však podstatným způsobem

zjednodušují komplexnost celého pole terapeutického procesu, je potřeba se modelů přidržovat jen zlehka. Pokud model neslouží svému účelu, nevede k většímu uvědomění a kompetenci terapeuta a nepřispívá k uspokojivému průběhu terapie, pak je potřeba ho opustit a vrátit se zpět k neinterpretativnímu fenomenologickému pozorování.

Skupinová gestalt terapie

Perls a jeho následovníci původně pracovali formou individuální terapie jednoho člena skupiny, terapeut zastával značně autoritativní roli (Feder, 2006; Joyce, Sills, 2006). Od poloviny 70. let se vedle tohoto tradičního modelu rozvíjela skupinová gestalt terapie ⁵⁾, která klade velký důraz na skupinovou dynamiku a uplatňuje základní principy gestalt terapie na skupinu jako celek, jako svébytný organismus. Zaměřuje se na **prožitek** teď a tady ve vztazích mezi členy skupiny a na pozorovatelné fenomény včetně tělesného vyjádření. Od obsahu („co“ členové skupiny říkají) neustále přechází k procesu („jak“ se k sobě vztahují). Zvědomují se vztahové vzorce přítomné teď a tady na skupině, které odkazují na navyklé způsoby z jiných kontextů a jiných vztahů mimo skupinu. Zároveň je skupina příležitostí pro jedinečné **dialogické setkávání**, rozvíjení doposud nevyužívaných potenciálů svých členů a procvičování nových způsobů vztahování se. Ke zvýšení uvědomění a objevování nových způsobů interakce se používají skupinové **experimenty**, které kromě mluvení umožňují také tvořivé využití hudby, kresby, pohybu apod.

Gestalt přístup chápe **skupinu** v pojetí teorie pole **jako organismus**, který má vlastní dynamiku a je více než součtem dynamik jednotlivých členů. Cokoliv se odehraje v rámci skupiny, jakákoliv interakce, jakýkoliv pozorovatelný či skrytý jev, vše je funkcí pole skupiny. Dobře je to vidět například na tzv. „obětním beránkovi“. Ve skupině se po

nějakém čase některý člen dostává do pozice na okraji skupiny, je neoblíbený, kritizovaný, izolovaný. Pro skupinu jako celek je zásadně důležité tuto pozici chápat jako funkci pole skupiny. „Obětní beránek“ neexistuje osamoceně, utváří se v rámci skupiny a nese zásadně důležité neuvědomované projekce ostatních. Ty je potřeba vrátit zpět do celého organismu skupiny.

Terapeut je v pozici facilitátora procesu, který pomáhá členům skupiny vztahovat se k sobě teď a tady a **zvědomovat přítomný prožitek**. Vybízí členy skupiny, aby se obraceli přímo jeden na druhého, aby mluvili sami za sebe teď a tady. Člen skupiny dostává od ostatních zpětné vazby, při kterých ostatní jeho jednání neinterpretují a neradí mu, ale hovoří o svém aktuálním prožitku. Terapeut podle potřeby kombinuje přístup zaměřený na dynamiku skupiny jako celku s prvky klasického modelu „horké židle“. Tomu odpovídá proměnlivá **pozice terapeuta**, který v závislosti na aktuálních potřebách skupiny vystupuje někdy více aktivně a pracuje důkladněji s jednotlivcem či několika málo jednotlivci v rámci skupiny, nebo navrhuje skupinové experimenty. Jindy terapeut ustupuje do pozadí a nechává prostor a čas přirozené dynamice skupinového dění a vynoření skupinové figury.

Výzkum

Gestalt terapie nebyla na počátku dobře výzkumně podložena. Patrně k tomu přispělo antiintelektuální, nonkonformní až anarchistické zaměření mnohých pionýrů gestalt terapie a také důraz na přímý prožitek a improvizaci při výuce a praxi (Gold, E.K., Zahm, S.G, 2008). Potřeba výzkumu se zdála čím dál naléhavější (O'Leary, 1992) a zvláště v posledních dvou desetiletích se významně množí výzkumné aktivity a publikace⁶⁾. Greenberg⁷⁾ a jeho kolegové se významnou měrou zasadili o legitimizaci prožitkových směrů ve výzkumné a akademické oblasti. Strümpfel a Goldman (2006) uvádějí jejich studie,

které vedly k identifikování dvou hlavních modelů - metody dvou židlí pro dialog mezi konfliktními aspekty osobnosti a metody prázdné židle pro řešení nedokončených záležitostí s důležitými osobami v minulosti. Srovnáním těchto modelů s jinými intervencemi (empatické zrcadlení, focusing, kognitivní řešení) se ukazuje, že metoda dvou židlí prohlubuje prožívání, výrazně ovlivňuje uvědomování a odstraňuje nerozhodnost. Dialog s představovanou postavou na prázdné židli vedl k lepším terapeutickým výsledkům než psychoedukační léčba. Problematickou otázkou zde však zůstává zaměření na konkrétní techniky, což je v rozporu se současným směřováním gestalt terapie.

Účinnost gestalt terapie byla zatím nejlépe prozkoumána u depresivních poruch ⁸⁾ a nověji také u léčby úzkostí. Další výzkumy zaznamenávají terapeutický efekt u pacientů hospitalizovaných na psychiatrii, psychosomatických pacientů, pacientů s chronickými bolestmi, pacientů s diagnózou schizofrenie, těžké poruchy osobnosti, závislosti na drogách či alkoholu (Strümpfel, Goldman, 2006) či u dětí s anamnézou zneužívání (Greenberg, 2008). Dobrý efekt má gestalt terapie také v oblasti preventivní psychosociální péče, u středoškoláků se špatnými školními výsledky, při léčbě partnerských problémů či v rámci těhotenské přípravy (Strümpfel, Goldman, 2006). Je možné konstatovat, že gestalt terapie je zvláště výhodná pro práci s emocionálními poruchami a prokazatelně účinná u široké škály klinických skupin, při jejichž léčbě je stejně efektivní nebo dokonce účinnější než jiné terapie (Strümpfel, Goldman, 2006) ⁹⁾.

Dosavadní výzkum ozřejmuje, jakým způsobem vedou důležité okamžiky kontaktu a zvláště emocionální vyjádření vnitřního konfliktu k terapeutickému účinku (Strümpfel, Goldman, 2006). Greenberg (2008) popsal metodu *task analysis* vhodnou pro zkoumání různých specifických mechanismů změny v gestalt terapii.

Z pohledu gestalt terapie je současné zaměření výzkumu na znáhodňované klinické studie (jako na jedinou záruku „*evidence based treatment*“) příliš zjednodušující. K tomu, abychom lépe porozuměli komplexnímu vztahu mezi specifickými technikami, intervencemi terapeuta a procesem, kterým prochází klient, potřebujeme informace z více rozdílných zdrojů (Greenberg, 2008). Vzrůstající měrou se proto také uplatňuje kvalitativní výzkum, jehož předpoklady a metodologie jsou v souladu s gestalt přístupem (Barber, 2008) ¹⁰⁾.

Směřování současné gestalt terapie

Ve vývoji gestalt terapie ve světě po roce 1990 lze vymezit několik proudů ¹¹⁾. Současný gestalt přístup se výrazně odklání od „*perlsismu*“, uplatňování technik a konfrontujícího stylu. Místo toho klade větší důraz na **dialogické pojetí**, podporu a péči v terapeutickém vztahu. Klasický a dialogický přístup však nejsou v protikladu. Důraz na **uvědomování** je v současném pojetí obohacován o větší zaměření na **kontakt**. Klasický přístup je tak v dialogickém pojetí zahrnut. Patrný je také proud, který se vrací ke **kořenům** gestalt terapie, například GISC (*Gestalt International Study Center*) pravidelně organizuje „*roots*“ konference, které se zabývají novými pohledy na původní koncepty a základní myšlenky. To je dobře patrné na současném velkém důrazu na **teorii pole**, která byla již rozpracovávána v původních dílech zakladatelů, ustoupila do pozadí během „*popularizační epizody*“ v 70. letech a v současném gestalt přístupu opět hraje klíčovou roli. Rozvíjením původních teoretických a filozofických konceptů se přímo věnuje například mezinárodní „*Association for the Advancement of Gestalt Therapy - AAGT*“ ¹²⁾. Gestalt přístup se věnuje i dříve méně akcentovaným tématům jako jsou teorie osobnosti, vývojové teorie či různé modifikace přístupu při práci v klinických podmínkách.

Současná gestalt terapie ještě více než dříve zdůrazňuje **vztahovou povahu** člověka a jeho propojenost se sociálním i přírodním prostředím. Upozorňuje na to, že představa izolovaného individua je fikcí. S tím souvisí odklon od terapeutické práce s intrapsychickými procesy a od spíše expertní pozice terapeuta k zaměření na dialogickou podstatu terapeutické práce. Důraz na vztahovou povahu lidského bytí se projevuje také vypracováváním **nových aplikací**, ať už se jedná o párovou, rodinnou a skupinovou terapii a nebo o uplatnění ve školství, výchovných ústavech, o rozvoj etnických, genderových, ekologických témat apod. Gestalt přístup se tak neomezuje jen na psychoterapii.

V **klinické praxi** napomáhá gestalt terapie rozvoji **vztahového potenciálu**, který vážněji duševně narušení lidé vyjadřují svým vlastním jazykem – patologickým chováním (Spagnuolo Lobb, 2003). Psychopatologie se chápe jako společně vytvářený (*co-created*) fenomén pole, který má vztahovou povahu. Ve vztazích se vytváří a udržuje, v terapeutickém vztahu ji terapeut spoluprožívá a pozoruje. Symptomy jsou fenomenologicky pozorovatelným projevem rigidního vzorce (fixovaného gestaltu), který původně představoval tvořivý způsob přizpůsobení a umožňoval člověku vypořádat se s obtížnou situací. V klinických podmínkách dlouhodobější práce s lidmi s vážnějšími duševními potížemi se gestalt přístup mnohdy výrazně modifikoval při zachování základních principů ¹³⁾. Dynamicky rozvíjející oblastí je gestalt přístup při **práci s dětmi** jak v klinické situaci, tak ve školství a ústavech (např. Oaklander, 1978, 2003, 2006, 2007; Crocker, 2001; Wheeler, 2002; Stevens, 2004; Cardoso-Zinker, 2003; Mortola, 2006; Blom, 2006; Wheeler, G., McConville, 2001, 2006) a také **párová a rodinná** gestalt terapie (např. Zinker, 1998; Melnick, Nevis, 1999; Lynch, Lynch, 2005). Principy gestalt přístupu uplatňují i firemní konzultanti a manažeři. ¹⁴⁾ Zaměřením na **sociální změnu** se gestalt přístup vrací ke svým

kořenům a původnímu étosu, který byl obsažen zejména v myšlenkách P. Goodmana. Pozornost se obrací k **etickým** dilematům (Melnick, Nevis, 1994) a tématu **studu** (Yontef 1998, Wheeler, 1997; Mackewn, 2004). Zaměření na **spirituální** aspekty gestalt přístupu a psychoterapie obecně (Naranjo, 1978; Schoen, 1994; Ingersoll, O'Neill, 2005; Wolfert, 2000; Williams, 2006) vychází z důrazu na svobodu, zodpovědnost a transpersonální aspekty, které vyplývají ze vztahové povahy vzájemné propojenosti člověka s ostatními lidmi a okolním prostředím. Inspirací je zde učení M. Bubera (1969), existencialismus a buddhistická tradice (Crocker, Philippon, 2005).

Podle teorie gestalt terapie se identita odehrává na hranici kontaktu s okolím. V souladu s tím se i gestalt přístup nyní definuje a rozvíjí na svých hranicích. Zřetelná je snaha o **dialog** s jinými psychoterapeutickými směry. Od roku 2007 vychází časopis *Studies in Gestalt Therapy, Dialogical Bridges*, který editoři (D. Bloom, M. Spagnuolo Lobb, F. M. Staemmler) zaměřují na propojování gestalt terapie s jinými přístupy. Vývojovou teorii gestalt přístupu významně obohacuje práce M. Spagnuolo Lobb, která se inspiroje přístupem D. Sterna a jeho psychoanalytickým pohledem na interpersonální povahu vývoje self (Stern, 1985). Dochází i k přímé integraci s jinými směry, například s rogersovským přístupem zaměřeným na člověka (Greenberg, 2005) či vztahovou psychoanalýzou (Evans, Gilbert, 2005). Podle Yontefa (2005) takovéto přijímání nových informací, teorií, technik a perspektiv patří k té nejlepší tradici gestalt terapie.

K dispozici dnes máme řadu významných knih a časopisů o gestalt terapii ¹⁵⁾. Dlouhodobě můžeme pozorovat snahu etablovat gestalt terapii v akademickém a klinickém prostředí (např. I. L. Shepherd, J. Fagan, S. Rosenberg, E. Smith). Zvyšuje se důraz na **výzkum** a na propojování se současným poznáním **neurovědy** (např. S. Ginger, T. Burley). Tato snaha je

důležitá nejen pro vlastní rozvoj gestalt přístupu, ale i pro jeho uplatnění v klinické praxi a zařazení mezi směry uznávané pro práci ve zdravotnictví.

Výcvikové programy jsou oproti minulosti více strukturované, dlouhodobější a náročnější na teoretické vzdělání a supervizi. V rámci Evropské asociace gestalt terapie (EAGT) jsou vypracovány výcvikové standardy, které musí akreditované instituty splňovat. ¹⁶⁾ Dochází ke snahám o propojování programů gestalt výcvikových institutů s **univerzitním** zázemím, ve Velké Británii takto například spolupracuje institut Metanoia s Middlesex University. Celý tento jistě chvályhodný trend institucionalizace v sobě zároveň skrývá nebezpečí odklonu od prožitkového, experimentálního a holistického rozměru gestalt terapie, který čerpá z umělecké tvořivosti, intuice, spontaneity a práce s tělem. Jako protiváha k institucionalizaci se proto stále zdůrazňuje zásadní význam **tvořivosti** (Spagnuolo Lobb, Amendt-Lyon, 2003) jak pro vlastní práci terapeuta, tak pro osobní růst klientů a úspěch terapie. Woldt a Toman (2005) uvádějí ve svém přehledu **celosvětového rozšíření** gestalt terapie 34 asociací a profesních společností a přes 200 gestalt výcvikových institutů a organizací (75 v Severní Americe, 109 v Evropě, 16 ve Střední a Jižní Americe, 18 v Austrálii a na Novém Zélandu, sedm v Asii, Rusku a na Středním Východě). ¹⁷⁾ EAGT sdružuje gestalt instituty a národní asociace zemí Evropy, akredituje instituty i jednotlivce a pořádá pravidelné konference. V roce 2004 se za účasti více než pěti set účastníků z celé Evropy i ze zámoří tato konference uskutečnila v Praze.

Poznámky pod čarou:

1 Lépe než ustálený český překlad „uvědomění“, vystihuje procesuální charakter pojem „awareness“, tedy „uvědomování“. Jedná se o koncept velmi blízký dnes frekventovanému pojmu „mindfulness“.

2 Zakladatelé institutu byli z norského Norsk Gestaltinstitutt (D. van Baalen, G. Skottun, S. Johansen) a belgického MultiDiMens (E. Knijff, R. Verlinden a další), z české strany J. Drahota, S. Dudová, M. Jára. „Institut pro výcvik v gestalt terapii“ byl v roce 2007 akreditován Evropskou asociací pro gestalt terapii (EAGT) a Evropskou asociací pro psychoterapii (EAP), současnými lektory jsou M. Chrasta, E. Křivková, E. Neumanová, J. Roubal, D. Struková.

3 Zahraniční lektoři byli z britského Gestalt Psychotherapy Training Institute (T. Levine Bar-Yoseph, J. Levin, C. Kelly) a amerického Gestalt Associates Training Los Angeles (Robert Resnick, Rita Resnick, T. Burley). Institut založili a současnými lektory jsou H. Fišerová, A. Polák, J. Rektor.

4 Jedná se o tzv. kompozitní kazuistiku (Gabbard, 2000), ve které je zkombinován popis dvou reálných klientek do jednoho ukázkového případu pro názornější ilustraci společného tématu.

5 Objevují se články a kapitoly knih věnované skupinové gestalt terapii (např. Zinker, 2004, Frew, 1988; Huckabay, 1992; Schoenberg, Feder, 2005; Frew, 1997; Earley, 2000). Zásadní kniha věnovaná čistě skupinové gestalt terapii *Beyond the Hot Seat* vyšla v roce 1980, teoreticky reviduje klasický skupinový model a popisuje různá uplatnění skupinové gestalt terapie – dlouhotrvající skupiny, výcvik, vzdělávání apod. Nověji ji doplňuje prakticky zaměřená kniha *Gestalt Group Therapy* (Feder, 2006). Současná skupinová gestalt terapie integruje prvky teorie systémové, skupinově dynamické a gestaltové (Schoenberg, Feder, 2005).

6 Např. konference spisovatelů v oblasti výzkumu (Gestalt International Study Center, 2003), abstrakta výzkumných článků na internetových stránkách časopisu *Gestalt Review*, internetový časopis *The European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, knihy o gestalt přístupu ve výzkumu psychoterapie (Barber, 2006; Brownell, 2008).

7 Greenberg (původně vycvičen v klasické gestalt terapii) založil vlastní psychoterapeutický směr (dnes nazývaný *emotion-focused therapy*), který je orientovaný na proces a integruje humanistické, prožitkové a systemické přístupy. Greenberg dnes mluví též o skupině *gestalt-oriented psychotherapies* (Greenberg, 2008).

8 Použití gestalt terapie při léčbě depresí je relativně dobře zdokumentováno. Strümpfel a Goldman dokládají výzkumy, že efektivita GT deprese je srovnatelná s jinými terapeutickými směry, například s KBT (Rosner et al., 1999, Beutler et al., 1991, in Strümpfel, Goldman, 2006). Watson a kol. (Greenberg, 2008) v roce 2003 ve znáhodněné klinické studii srovnávali procesově zážitkovou terapii (dřívější název pro EFT) s KBT u deprese a zjistili, že obě terapie byly stejně efektivní. Pacienti, kteří absolvovali procesově zážitkovou terapii se ale signifikantně více zlepšili v oblasti mezilidských problémů a na konci terapie se dokázali více prosazovat.

9 Zajímavé výsledky přineslo srovnání kombinace gestalt terapie a transakční analýzy oproti KBT u pacientů hospitalizovaných na psychiatrii. Postterapeutické výsledky neodhalily větší rozdíly a to ani v případě zlepšení klíčových symptomů, přestože gestalt terapie ani transakční analýza se na symptomy cíleně nezaměřuje. Navíc pacienti léčení GT a TA dokázali více udržovat kontakty ve své stávající podpůrné vztahové síti (Cross a kol., 1982, in Strümpfel, Goldman, 2006).

10 Například v rámci výzkumu tzv. mikroprocesů, tedy expresivní a emocionální dimenze detailní struktury terapeutického dialogu, jde o analýzu terapeutických procesů bezprostředně před a po výrocích terapeuta a „významných okamžiků“ terapeutického dialogu. Jejich výskyt přibývá s nárůstem napětí během terapeutického dialogu (Mahrer, 1991 in Strümpfel, Goldman, 2006), existenciální okamžiky terapie nastávají, pokud se terapie opírá o vzájemnou spontaneitu a

autenticitu terapeuta i klienta (Teschke, 1996 in Strümpfel, Goldman, 2006). Použití metafor pomáhá klientovi k hlubšímu uvědomování vlastních pocitů a přesvědčení (Angus, Rennie, 1998 in Strümpfel, Goldman, 2006).

11 Vycházím z vlastní zkušenosti a z informací, které mi laskavě poskytlo několik předních gestalt terapeutů: N. Amendt-Lyon (Rakousko), D. Bloom (USA), K. Evans (Velká Británie), G. Francesetti (Itálie), S. Ginger (Francie), J. Melnick (USA), F. Meulmeester (Holandsko), P. Philippson (Velká Británie), A. Polák (Česká republika), R. Stelingis (Litva), Ch. Stevens (Velká Británie), R. Verlinden (Belgie), Ch. M. Weber (Německo)

12 Na konferenci AAGT například B. Feder, E. Polster a P. Philippson diskutovali svá rozdílná pojetí modelu skupinové práce, na jiném kolokviu porovnávali R. Kitzler (New York Institute), E. Nevis a S. Nevis (Gestalt International Study Center) clevelandský model „cyklu prožitku“ (viz výše jako „kontaktní cyklus“) s původním pojetím této sekvence (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, 2004).

13 Popis jednotlivých specifických aplikací gestalt přístupu v klinické praxi přesahuje rozsah této kapitoly. Někteří autoři se pokoušejí vypracovat ucelený gestalt **diagnostický systém** (např. Delisle, 1991; Swanson, Lichtenberg, 1998; Melnick, Nevis, 1998; Baalen, 1999; Fuhr et al., 2000), další pojednávají o práci s klienty depresivními (např. Smith, 1985; Greenberg 1998, 2005; Roubal, 2007), psychotickými (např. Spagnuolo Lobb, 2002, 2003; Salonia, 1992; Burley, 2004), závislými (např. Carlock et. al, 1992; Clemmens, 2005), úzkostnými (např. Francesetti, 2008), s poruchami osobnosti (např. Greenberg, 2002), s poruchami příjmu potravy (např. Merian, 1993), traumatizovanými (např. Cohen, 2002) a dalšími.

14 Viz: „*gestalt practitioners in organisations - GPO*“ (terminologie EAGT) nebo také „*organization and systems*

development - OSD" (terminologie gestalt institutu v Clevelendu).

15 Celosvětově vychází tištěně či na internetu čtyřicet gestalt časopisů, zpravodajů a oficiálních diskusních fór. Nejvýznamnějšími periodiky jsou *British Gestalt Journal*, *Gestalt Review*, *International Gestalt Journal* (dříve *Gestalt Journal*) a *Gestalt!*, kromě toho vychází množství časopisů v národních jazycích. Kromě původních knih zakladatelů gestalt terapie (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, 2004 a další) zůstávají stále inspirativní klasické knihy vydané v sedmdesátých letech (Polster, Polster, 2000; Zinker, 2004; Latner, 1973; Fagan, Shepherd, 1970; a další). Významné jsou novější monografie, z velkého množství publikací poslední doby například díla autorů jako jsou Wheeler (1991, 2000), Yontef (1993), Mackewn (1997, 2004), Philippson (2001), Ginger (2004), Clarkson (2004) či Wollants (2008), kteří dále promýšlejí, prohlubují a aktualizují teorii gestalt terapie. Zásadní vliv mají editované knihy příspěvků různých autorů, které rozšiřují hranice aplikace gestalt terapie (Nevis, 1992; Fuhr, Srekovic, Gremmler-Fuhr, 1999; Woldt, Toman, 2005; Spagnuolo Lobb, Amendt-Lyon, 2003; Bar-Yoseph Levine, 2005). Kromě těchto, převážně anglicky psaných knih, vychází množství knih v národních jazycích, významné jsou například texty J. M. Robina (Francie), W. Ribeiry (Brazílie) či F. M. Staemmlera (Německo).

16 Mezi nejvýznamnější evropské instituty patří Metanoia Institute London (Velká Británie), Institut Francais de Gestalt-Therapie (Francie), Istituto di Gestalt HCC (Itálie), Institut für Gestalttherapie Würzburg (Německo), Norsk Gestaltinstitutt (Norsko) a další. Mezi nejvýznamnější instituty v USA patří The New York Institute for Gestalt Therapy, Gestalt Institute of Cleveland, Gestalt International Study Center, Pacific Gestalt Institute, Gestalt Associates Training, Los Angeles a další.

17 Pro získání certifikátu gestalt terapeuta s celoevropskou platností musí frekventant výcviku absolvovat 600 hodin teorie a metodologie, 150 hodin supervize, 250 hodin personální terapie, 400 hodin klinické praxe a 50 hodin dalších vzdělávacích akcí.

K četbě doporučujeme:

1. Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie*. Praha: Portál.
2. Polster, E., Polster, M. (2000). *Integrovaná gestalt terapie*. Boskovice: Albert.
3. Zinker, J. (2004). *Tvůrčí proces v Gestalt terapii*. Brno: Era.
4. Woldt, A.L., Toman, S.M. (2005). *Gestalt Therapy. History, Theory, and Practice*. London, Thousand Oaks: Sage.
5. Joyce, P., Sills, C. (2006). *Skills in Gestalt Counselling & Psychotherapy*. London, Thousand Oaks: Sage.
6. www.britishgestaltjournal.com
7. www.gestaltreview.com