

# Techniky a strategie integrativního psychoterapeuta

## ČÁST 7

### **Implicitní vztahové znalosti: práce se sebou samým a interaktivní regulace**

Z našich předchozích bodů jsme viděli, že většina toho, co prochází mezi terapeutem a klientem, se děje na implicitní úrovni zkušenosti. To lze částečně vysvětlit neurovědeckým výkladem založeným na relační výměně založené například na působení zrcadlových neuronů v komunikačních procesech v pravé hemisféře. Prostřednictvím tohoto procesu každá strana ovlivňuje druhou v rámci dané dvojice, což vede ke zvláštní formě regulačního procesu. Klíčová výzva pro psychoterapeuta je, že hlavní výměny nejsou založeny na vědomé jazykové výměně – S čím zde pracujeme, je tzv. „komunikační lék“, nikoli „lék mluvením“. Stern měl zvláštní zájem na studiu těchto komunikačních procesů v terapeutickém prostředí a v extrapolaci též z výzkumů na kojencích, jak bylo uvedeno dříve (Stern a The Boston Change Process Study Group, 2003). Zdůrazňuje význam „adaptivních oscilátorů“ v intersubjektivní matici terapeuta a klienta. Popisuje je jako „malé“ hodiny v různých svalových skupinách, které se mohou synchronizovat s něčím venku a mohou se znovu resetovat, takže jsou synchronizované“ (str. 24). Zde můžeme vidět hluboký proces založený navycházející z těla, do kterého jsou zapojeni terapeut a klient, na což Stern odkazuje jako na formu „psychoetologie“. Zapojování tohoto procesu znamená, že terapeut musí v první řadě přijmout myšlenky implicitní relační výměny; žádný průměrný výkon, protože mnoho výcvikových forem psychoterapie zdůrazňuje slovní výměnu s terapeutem jako výměnu kontrolovanou. Práce s implicitními procesy zahrnuje terapeutickou dvojici v mnohem méně kontrolovatelných procesech spontánní výměny, improvizace a spoluvytváření.

Tato intersubjektivní výměna, často přerušovaná tím, co Stern popisuje jako „momenty“ (Stern, 2004), může být považována za jádro terapeutické činnosti a nabízí příležitosti k překročení omezujících nebo rigidních relačních forem odvozených z minulých zkušeností a zrcadlení zdravého a bezpečného připojení attachmentu mezi matkou a dítětem. Podle Schora (2003b) začíná mezi terapeutem a klientem rezonovat vzájemné vzorce. Schore také poukazuje na to, že na terapii lze nahlížet jako na společně konstruované pole vzájemných projektivních identifikací (Schore, 1994, 2003b). V jednom ze Sternových klinických příkladů (Stern, 2004), vypráví o klientce v psychoanalytické psychoterapii, která byla frustrována tím, že leží na gauči a nevidí na terapeuta. V jednom okamžiku, po téměř dvou letech terapie, se klientka stává podrážděnou natolik, aby se posadila a otočila, aby se podívala terapeutovi do očí. Při pohledu na sebe nastává dlouhý okamžik ticha, který terapeut náhle ukončí a říká: „Ahoj.“ Terapeut nevěděl, jak a proč toto slovo přišlo; bylo to slovo, které se spontánně objevilo. Poté se tón terapie významně změnil a až o mnoho práce později klientka sdělila, jak od této chvíle pochopila, že terapeut je na její straně. Beebe a Lachmann (2002) také uvádí několik dobrých klinických příkladů interaktivního a spoluregulačního procesu, které najdete v široké škále studií kojenců. Mnoho o improvizaci se lze dozvědět také od Fritze Perle a v tradiční Gestalt terapii (Perls et al., 1951/1994). V naší zkušenosti jako školitelů a supervizorů psychoterapeutů, kteří se snaží pracovat tímto způsobem, jsme zjistili, že to vyžaduje určitou zkušenost a podporu supervize, aby se terapeut mohl cítit pohodlněji vykročit mimo teorii i roli a umožnit sám sobě spontánnější reakci na to, co jejich klienti přinášejí. To neznamena, že jde cokoli, ale spíše to, že improvizací povaha léčebného procesu je přijímána a pracuje se s ní jako s klíčovým teoretickým a klinickým nápadem.

## Práce s nevědomými procesy a neformulovanou zkušeností

Stolorow and Atwood (1992) popisují tři vzájemně propojené říše mentálních procesů v nevědomí:

(1) *podvědomé nevědomí* - organizační principy, které nevědomky tvarují a tematizují lidské zkušenosti; (2) *dynamické bezvědomí* - zážitky, kde bylo popřené vyslovení, protože bylo vnímáno jako ohrožující pro potřebné vazby; a (3) *neovládané nevědomí* - zkušenosti, které nebylo možné vyjádřit, protože nikdy nevyvolávaly potřebnou odezvu ze strany okolí. (str. 33)

Pokud jde o podvědomí v nevědomí, naše organizační principy vycházejí z implicitního relačního poznání odvozeného z rodičovského modelování a chování, jakož i z vědomějších poznatků o tom, jak reagovat na náš svět. Tyto organizační principy pak fungují pod úrovní vědomého vědomí a formují naše vnímání lidí a událostí. Stolorow a Atwood zdůrazňují analytickou „vyšetřovací aktivitu“ prostřednictvím „trvalého empatického průzkumu“ (1992: 33) jako prostředku pro vynoření těchto principů a umožnění nám je přemýšlet o nich a změnit je. Proces řešení „kontaminovaného myšlení“ v transakční analýze nebo konfrontace s „iracionálním přesvědčením“ v kognitivní behaviorální terapii jsou způsoby, jak věříme, jak těmto předpokladům čelit, jakmile budou v oblasti vědomí. Nejprve však může být nutné empaticky se zeptat na reakce klienta v místnosti s vámi nebo s lidmi v jeho životě, aby jeho povědomí o těchto invariantních organizačních principech bylo k dispozici pro bližší prozkoumání a otevřelo se novému chování.

Dynamické nevědomí se týká klasického procesu potlačování sexuálních, Oidipálních nebo agresivních destruktivních impulsů, které jsou potlačovány, protože jsou nepřijatelné pro dospělé kolem nás a ohrožují naši připoutanost významným postavám. Stolorow a Atwood (1992) tvrdí, že dynamické nevědomí se může transformovat především analýzou odporu. Jak terapeut zjišťuje pacientova očekávání a obavy z přenosu, konkrétně že se pacientovy domněnky a touhy mohou setkat s podobnými negativními traumatizujícími reakcemi, jako v původních situacích. Vzhledem k tomu, že terapeut zkoumá očekávání a obavy pacienta při přenosu, konkrétně to, že pacientovy účinky a touhy mohou být splněny s podobnou negativní a traumatizující reakcí jako v původní situaci, může proces hojení postupně probíhat kvůli postupně se rozšiřující bezpečné zóně, v níž lze dříve ukryté oblasti pacientovy zkušenosti zbavit skrývání a integrace“(str. 34.) Zde vidíme relevanci nejprve pomocí empatického dotazování a poté postupně zaváděním interpretace, protože klient se cítí více akceptovaný a stává se více schopem vlastnit dříve odmítnuté aspekty své zkušenosti.

Neovládané nevědomí je oblast nevědomých zážitků, které ještě doposud nebyly vysloveny. Stolorow a Atwood (1992) věří, že tato oblast je zvláště důležitá pro klienty, kteří trpěli vážnou vývojovou odchylkou, takže nebyli podporováni k příležitosti k vyjádření své percepční a afektivní zkušenosti v oblasti jejich subjektivních světů. Vidí tento aspekt nevědomí projevující se ve vlastních přenosech v terapeutickém vztahu. Oblast neovládaného nevědomí je, jak věříme, o čem se Bollas (1991) zmiňuje jako o „netušeném známém“: „Tento nezřetelný prvek je „netušené známé“; pacient něco ví, ale dosud o tom nebyl schopen přemýšlet“(str. 235). Terapeut, podobně jako matka, bude podporovat klienta, aby našel slova/vyjádření, které bude prožívat. Bollas v tomto ohledu dodává: „Myslím, že pro analytika je nezbytné více využívat vlastní prožívání jako oblast společného sdíleného poznání“(str. 235). Bollas věří, že má klient přání jednoho dne vědět, co je nad rámec toho, aby to bylo možné vědět a v závěru mohlo být zapomenuto nebo psychicky integrováno (smíření se s tím). Tento proces může být "registrován" prostřednictvím zvláštní druhu hlubokého ticha na straně pacienta nebo prostřednictvím snahy uvnitř pacienta prosadit vnitřní zážitek tak, aby jej bylo možné vytrhnout.

Můžeme také vidět, jak mohou Gestalt techniky vědomí postupně podporovat klienta, aby našel slova pro „netušené známé“ v jeho nevalidovaném nevědomém procesu. Donnel Stern také (1983) hovoří o této úrovni nevědomí, pro kterou používá termín „neformulovaný zážitek“ (str. 71). Tato úroveň zážitku nebyla nikdy vyjádřena slovy a nebude tak dostupná v autobiografické paměti, ale uložená v paměti procedurální. Tyto zkušenosti mohou nastat při terapeutickém setkání jako stav zmatení, nepořádku nebo známého chaosu což může vést k novosti a novým objevům o sobě. Lidé se také mohou bránit formulování „nevyřčené“ zkušenosti ze strachu z nového a překvapení. Jako lidské bytosti se pravděpodobně budeme chtít spokojit s tím, co je nám známo, spíše než se pustit do neznámého.

## **Empatické zkoumání a empatická rezonance:**

### **uznání předchozí interpretace**

Empatie je jádrem přístupu zaměřeného na člověka a jeho psychologii, ale v širší míře je také přijímána v integrativní oblasti jako nezbytná pro vytvoření dobrého fungování aliance. Jedná se o proces, při němž terapeut vnímá, vstupuje do něj, vyjadřuje své pochopení a reaguje na způsob, jakým klient prožívá svět: představuje to spíše „způsob, jak být ve vztahu s klientem“, nikoli pouze techniku (Mearns a Thorne, 1988: 41). Kohut (1978) hovořil o introspekci a empatii jako základní součásti psychologického pozorování. Viděl doménu psychoanalýzy jako informace, které byly k dispozici pouze pro introspekci a empatii: myšlenky, přání, pocity, fantazie, úzkosti (Mollon, 2001). Bylo to z pozice důsledného zkoumání jevů z pohledu pacient, například vyvstaly vlastní přenosy. Jsme obvykle schopni psychologicky porozumět druhým přes objev nějakého společného zážitku. Kohut (1990) vidí analytika jako osobu, která se „dočasně vzdává plné empatické absorpce duševního stavu“ svého klienta, aniž by „ztratil schopnost vrátit se k následnému chladnému zkoumání zkušeností, které mu tak dovolí v něm rezonovat“ (str. 87). Tímto způsobem empatický dotaz a empatická rezonance umožňují terapeutovi získat cenné porozumění klientova procesu. Kohut také používá termín „zástupná introspekce“ (1984: 82). „Pro Kohuta je podstatou analytické léčby postupné získávání struktury prostřednictvím empatického kontaktu se zralým vlastním objektem, doprovázené vysvětlením, které sleduje porozumění fáze léčby.“ (Lee a Martin, 1991: 116) Kohutův důraz na centrální empatii byl výzvou pro klasické psychoanalyzátoři, kteří upřednostňovali interpretaci, ale nebylo to překvapivé pro tradiční humanistické terapeuty.

Způsob, jakým Kohut (1977) popisuje etapy analýzy, jsou zajímavé pro všechny z nás, kteří pracují s klienty, kteří mají křehký vlastní proces. Nejprve radí, abychom použili empatickou rezonanci, aby se klient cítil pochopen, a až poté bude místo pro interpretaci specifických dynamických faktorů, které jsou ve vnitřním světě klienta. Pro některé klienty doporučuje delší období porozumění, než může být užitečně nebo úspěšně zpracována dynamická genetická interpretace klientem. Počáteční fáze procesu usnadňuje budování vlastních struktur, které by mohly být vývojově potlačeny, a upevňuje sebe sama, aby osoba mohla zpracovat a integrovat interpretace.

### **Empatické naladění**

Zdůraznili jsme důležitost terapeutova empatického naladění na klienta jako hlavní prioritu a zároveň jako podpora pro rozvoj terapeutického spojení, ale také jako potenciální léčivý faktor sám o sobě. Výzkumné studie důsledně prokázaly vztah mezi empatickým naladěním a výsledkem (užitečný přehled viz Bohart et al., 2002). Poté vyvstává otázka, jak je tento proces nejlépe spárovat. Jak jsme viděli, implicitní relační výměny jsou v tomto procesu klíčové, stejně jako komunikace založená na těle, která nemusí být nutně zohledněna při slovní výměně mezi terapeutem a klientem. Je zde také složitá otázka, co tvoří empatický zážitek, což může zahrnovat nejen to, že se terapeut dostane pod kůži klienta, jak tomu již bylo, ale také pod kůži samotného vztahu. To by mohlo znamenat, že by terapeut mohl být příležitostně více empatický tím, že se bude zdát neempatický,

například tam, kde by upozornění a komentování afektivního stavu klienta mohlo být rušivé. Všichni máme zkušenosti s takovými situacemi, zejména s klienty, kteří nejsou schopni pojmenovat své emoce a kde jsou umístěny daleko mimo vědomou zkušenost. Za těchto podmínek musí být terapeut extrémně citlivý a nesmí vyskočit s odpověďmi, jako je „Vidím, jak se smutně cítíte“, čímž se zvýrazňuje neschopnost klienta skutečně vědomě zažít takový pocit.

Vzhledem k těmto složitostem je důležité, aby terapeut důvěřoval své reakci vycházející z těla jako potenciálně dostatečné, a také tomu, že reakce terapeuta vycházející z těla byla klientem skutečně zachycena, jak je tomu v každém případě. Způsob, jakým učíme tento proces studenty, je pozvání je k účasti na řadě cvičení, kde pracují ve dvojicích a zkoušejí neverbální reagovat/odpovídat „klientům“. V každé dvojici je osoba, která je „klientem“, poučena, aby přemýšlela o situaci, která je emocionálně obtížná a náročná, a aby tiše seděla naproti „terapeutovi“, jenž si to dovolí cítit. Terapeut je instruován, aby zkusil cítit, co se děje v jejich tělech v tomto tichu, a pak reagoval zvukem nebo gestem. Obecně platí, že každá strana je ohromena přesností odhadu a velmi záhadným způsobem, jak lze empatii náležitě sdělit bez jakékoli ústní výměny založené na obsahu. Tento druh praxe podporuje rozvoj důvěry a také uznání, že úkolem terapeuta je „porozumět spíše zážitkům než slovům“ (Bohart et al., 2002: 102).

## **Sexualita, genderová identita a sexuální orientace**

Myšlenky „mužského“ a „ženského“ a „maskulinního“ a „femininního“ směřují jak k biologickým entitám, tak k sociálně konstruovaným diskurzům ± obýváme mocně genderovou společnost, ve které je obtížné oddělit osobu od společenské a kontextové a kde sexualizace sebe a ostatních hraje dominantní roli (Foucault, 1981). Tuto doménu lze také obtížně řešit bez zahrnutí otázek moci (O'Reilly Byrne a Colgan McCarthy, 1999). Řada autorů v terapeutické oblasti poukazuje na důležitost nezohledňování binárního pohledu na sexualitu, a přitom zpochybňují to, co je často považováno jako poněkud příliš zjednodušené myšlenky, které Freud popsal v jeho pojetí komplexu Oedipus (např. Benjamin, 1995). Žijeme také v éře, kde se zvyšuje povědomí o dynamice síly a útlaku, což vede k profesionálním směrnicím, které jsou založeny na rozpoznání způsobů, jak lze utlačovat deprese v terapeutické místnosti s klienty (např. American Psychological). Za zmínku také stojí společensky konstruovaná povaha „dysfunkce“ v souvislosti s lékařským modelem a skutečnost, že „ego-dystronická homosexualita“ byla odstraněna ze seznamu duševních nemocí Americké psychologické asociace až v roce 1973 (Wilson, 1993). Všechny tyto faktory představují pro psychoterapeuta značnou výzvu, ačkoli podle našeho názoru integrativní referenční rámec bere jako svůj úkol výzvu držet takové odlišné perspektivy a řídit napětí mezi nimi.

Jedna otázka, která se často objevuje, se týká párování terapeutů a klientů, znamená to tedy, že lesbický, gay nebo bisexuální klient bude fungovat lépe s terapeutem, který se také identifikuje stejnou orientací? Existují důkazy, které dokládají, že tomu tak může být (King et al., 2007), ačkoli tato data mohou odrážet složitější faktory, jako jsou konkrétní problémy přinesené terapii a schopnost terapeuta vcítit se do těchto problémů, bez ohledu na jejich vlastní sexuální orientaci. Tímto se také zabýval výzkum, který hledal názory lesbických, homosexuálních a bisexuálních klientů na faktory, které považují za nejužitečnější v terapii (Burckell a Goldfried, 2006). Práce s těmito otázkami vyžaduje, aby terapeut byl schopen přemýšlet o svých vlastních postojích a hodnotách, včetně těch, které se mohou skrývat v nevědomějších sférách zkušenosti a které pravděpodobně budou podporovány řadou sociálních konstrukcí. V intersubjektivním rámci, který se odehrává v terapeutickém prostoru, bude také nutné velmi pečlivě posoudit, co v klientech i terapeutech vyvolává

zacházení do sexuálních témat. V této souvislosti se domníváme, že je nezbytné, aby měl terapeut přístup k dobré supervizi, kde může tyto otázky otevřeně diskutovat a řešit.