

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Furst: furst@pbsp.cz
Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční
předplatné 400 Kč, objednávky na adrese
redakce. Plné texty, archiv na
www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2014 dne 15. 2. 2014, recenzní řízení bylo uzavřeno 28. 2. 2014. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed. ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84
© LIRTAPS, o. p. s.
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Vychází 4× ročně



PRO PRAXI

SIRÍNEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V INDIVIDUÁLNÍ, KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI (ESEJ O VZTAHU A METODĚ V PSYCHOTERAPII)

SOUHRN: SIRÍNEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V INDIVIDUÁLNÍ, KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ PRAXI. PSYCHOSOM 2014; 12(1). s. 8- 24

V tomto textu se zabývám formami zavádění PBSP do individuální práce s klientem v rámci běžné klinicko-psychologické praxe. Reflektuji v něm svou zkušenost s metodou, kterou od roku 2001 praktikuji v její základní podobě, tedy formou pravidelných, dlouhodobých, malých skupin. Vývoj terapeutické technologie PBSP posledních let však umožnil její širší využití také v individuální terapii. Zatímco v prvních desetiletích vývoje metody postupoval terapeutický proces v průběhu sezení rychle a často dramaticky „od těla ke slovu“ (bezprostřední práci s pocity ve speciálních cvičeních), což vyžadovalo téměř bezpodmínečně velmi specificky pojaté prostředí skupiny, dnešní přístup sleduje pozvolnější, jemnější i bezpečnější směr – „od slova k tělu“ (od rozhovoru k tělovým projevům, které význam slova evokuje). K možnostem i atmosféře individuálního psychoterapeutického uspořádání se tak PBSP dostala mnohem blíže. Naléhavá otázka však zůstala: jak vložit do dyády terapeut – klient METODU? Metodu, která není jen funkcí terapeutova myšlení, o něž se klient nemusí v posledku mnoho zajímat, ale která naopak vyžaduje jeho aktivní spoluúčast a nemalou kompetenci, která má velmi nezvyklou vnější podobu, navíc patinu zvláštního slangu?

KLÍČOVÁ SLOVA: PBSP, individuální terapie, scénicko-symbolické nástroje, intersubjektivita, mimostrukturální dialog

SUMMARY: SIRINEK J.: PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORIC THERAPY IN PSYCHOLOGIC CLINICAL PRAXIS. PSYCHOSOM 2014; 12(1). PP. 8- 24

The topic of the paper is: how to set up PBSP into one to one session format within an ordinary clinical psychology practice. I reflect my own professional experience with the method I have been using for years in its basic group form. However, recent developments of PBSP technology have facilitated its use also in individual psychoterapy. In the first decades of PBSP development, the process of therapy was running on ahead fast, often dramatically, due to body work that had been carried out immediately in special exercises. The current approach has become much slower, subtle and safe and therefore it fits better for the individual setting conditions. However, the basic question remained: how to introduce A METHOD into dyad therapist - client?? In terms of PBSP - a very peculiar method - a great deal of active collaboration is required on a part of a client to apprehend its special characteristics as well as special slang.

KEY WORDS: PBSP, individual therapy, symbolical scenic device, intersubjectivity, extrastructural dialog



ÚVODEM

Na otázku, jak vložit do dyády terapeut – klient metodu, jsem hledal v uplynulých deseti letech odpověď s téměř tisícovkou nejružnějších klientů, kteří se za tu dobu v mé ordinaci objevili. Poznatky z vlastní praxe jsem průběžně doplňoval podněty z četných setkání s Albertem Pessem jakožto terapeutem, učitelem i osobitým teoretikem, rovněž pak podněty z diskusí s českými i zahraničními kolegy. Za literární inspiraci považuji psychoanalytické spisy z oblasti psychologie self, díky nimž jsem mohl pojednat některé vztahové jevy nastávající v déledobějším psychotherapeutickém procesu.

Text lze číst dvojíma očima: množství empirického materiálu, diskuse nad lingvistickými nuancemi jednotlivých kazuistik či jinými detaily techniky mohou oslovit především kolegy obeznámené detailně s PBSP. Tentýž empirický materiál nahlížený z hlediska základních navrhovaných konceptů však zasahuje již naznačenou, mnohem širší otázku: Jak se v psychoterapii k sobě má vztah a metoda? Jak se jedno s druhým setkává, prolíná, jaká napětí tato polarita vyvolává? V tomto smyslu čteme spíše esej na toto téma, jak je uvedeno v záhlaví textu.

I. FAKTA, VÝCHODISKA, PŘEDPOKLADY

Výrok konkrétněji vymezující obsah tohoto textu: *„Mám-li mluvit za sebe, pak já nepracuji s klienty jinak než ve strukturách... Říkávám, že u mne se prodává pouze nová paměť, nic jiného. S veškerou jinou zakázkou klienty odkazují do „sousedních obchodů“ dole v ulici... „ Al Pesse (1)*

Strukturu pro zdejší účel chci definovat jako ritualizovanou terapeutickou proceduru, vyznačující se maximální mírou **využívání scénicko-symbolických postupů**. Těmito označuji:

1. zavzetí fyzického prostoru místnosti, objektů, případně dalších přítomných osob do terapeutického procesu a připisování jim symbolického významu (rolí),

2. dramatické promlouvání těchto rolí přímou řečí, nejčastěji směrem ke klientovi,
3. používání fyzického dotyku, kterému je rovněž přidán symbolický význam.

Během desetiletí vyvinul Albert Pesse techniku vedení struktury až k dnešní, nesmírně úspěšné, kondenzované podobě a sám ji s oblibou nazývá neurochirurgií mozku v rovině emocionálních významů. Označíme-li v duchu tohoto průměru strukturu PBSP za „neurochirurgický výkon“, pak tento text je věnován „předoperační přípravě pacienta“, tedy krokům, postupům a způsobům myšlení napomáhajícím vytvořit takové podmínky, aby užití „chirurgických nástrojů“ mohlo být co nejefektivnější.

Singulární a kontinuální model PBSP

Scénicko-symbolické postupy jsou použitelné jak ve skupinovém, tak v individuálním settingu. Mohou být nosným terapeutickým nástrojem v

déledobé péči, ale také občasným doplněním terapie probíhající jiným způsobem.



Pro zjednodušení a zpřehlednění navrhuji zavést polaritu **singulárního resp. kontinuálního pojetí (či modelu) PBSP**. Albert Pesso sám produkuje v čisté podobě to, co nazývám singulárním pojetím, alespoň stylem práce posledních let, jehož jsme svědky zde v Evropě. Klienti u něho objednávají jednotlivé struktury při jeho návštěvě. Jakékoli další terapeutické setkání se děje pouze na jejich výslovnou další objednávku. Objednávají tedy jeden unikátní, „singulární“ akt psychoterapie – strukturu – a nic dalšího. Pro zdejší podmínky klinické práce je typičtější kontinuální pojetí, kdy klient objednává či je mu nabídnuta přibližná časová perioda, popřípadě časově neurčitý kontrakt víceméně pravidelných schůzek. Rozdíl v obou pojetích je definován kontraktem. V singulárním modelu sjednáváme spíše obsah (strukturu, workshop), v kontinuálním modelu spíše čas (budu chodit na terapii). Každá z variant staví terapeuta před velmi odlišný okruh otázek a problémů.

Jednou z nejefektivnějších a nejběžnějších forem singulárního modelu jsou

Příklad 1

40letá klientka, velmi kvalifikovaná, zastávající exponované místo v pomáhající profesi, přichází po jednom z modulů eklektického výcviku, v jehož rámci bylo prezentováno cvičení s „ideálními rodiči“. Přichází motivovaná pokračovat v PBSP individuálně. Na první schůzce líčí velmi živelně traumatizující poměry v primární rodině. V průběhu líčení, stejně jako v několika příštích schůzkách se mění hodnocení jejího výcvikového zážitku: „silné“, „nádherné“, „úžasné“ přechází v „byla jsem zmatená, nevěděla jsem, co s tím“. Na scénicko-symbolickou práci, kterou žádala, reaguje zrychlením asociací a emoční těkavostí. Ustupujeme od ní a

zážitkové pobyty a workshopy, kdy se lidé s teorií a postupy seznamují prostřednictvím hromadné edukace a bezprostředně praktikují struktury ve skupinovém settingu. Účastníci vzájemným sociálním učením rychle vstřebají originální styl práce. Terapeutova pozornost je rozdělena na všechny účastníky, žádný z nich jej tedy nemá „pro sebe“. Klient je tak více odkázán na vlastní kompetenci, což jej podněcuje k větší iniciativě. Podporu nachází v širokém poli podnětů, když pozoruje a spoluprožívá práci druhých. Tato forma uvedení do PBSP nemá pravděpodobně v mnoha směrech konkurenci. Jde-li nám o rychlou adaptaci klientů na PBSP, bezprostřední zážitkový vtisk a příslib možného terapeutického efektu, nelze ji než doporučit. Největší výhoda však zároveň skrývá i hlavní potenciální nevýhodu: rychle získaný, silný pozitivní zážitek je velmi efektivní, leckdy fascinující, čímž může vyvolat nerealistické představy o povaze vývojového procesu člověka a možnostech jeho terapeutického ovlivnění.

následují měsíce stabilizující, provázející práce s cílem posilovat funkci pilota (schopnost sebereflexe).

Komentář: Zážitek, který přišel rychle a nečekaně, „obešel“ obranný systém ega a bylo zjevně nad klientčiny síly jej integrovat.

V individuálním settingu je singulární model méně běžný, ačkoliv i zde se vyskytuje, většinou však právě jako součást výcvikových programů profesionálů v pomáhajících profesích. Ovšem i s běžnou, za pomoci přicházející klientelou, lze provádět struktury prakticky ihned po seznámení, edukaci zařadit



buď v minimální podobě přímo před strukturu, nebo nejnutnější vysvětlovat přímo v jejím průběhu (M. Bachg 2). Terapeut se tak spoléhá téměř absolutně na efekt scénicko-symbolických nástrojů PBSP resp. na virtuozitu jejich použití. Při přesném dodržení technologie struktury, vycvičené pozorovací schopnosti a pohotových vhladech se pak klientovi dostane emočně poučného zážitku již během jedné (první) sesse. Smysluplný zážitek je pak pro něho podnětem k životním změnám a motivací k práci v dalších strukturách.

V anglosaských zemích je dost možná tento model dokonce zcela běžný, u nás nikoliv, což je pro mě osobně podnětem k úvahám o socio-kulturních rozdílech. Jakoby na západ od našich hranic bylo v obecném povědomí mnohem více zako-

řeněné očekávání léčebné metody, zatímco u nás spíše očekávání léčebného vztahu. Dle mé zdejší zkušenosti, přichází mnoho klientů, kterým prostě nelze rychle naordinovat specifický, nezvykle ritualizovaný druh terapeutické práce a ten pak aplikovat jako jedinou formu intervence.

Stavím tedy do sousedství singulárního modelu PBSP pojetí kontinuální, v němž je třeba ke kvalitnímu provádění struktur dospět postupnou přípravou klienta, která zahrnuje vyváženou kombinaci empatizujících intervencí, edukace a tvořivého uplatňování dílčích kroků a technik, které organicky zavádějí do procesu scénicko-symbolickou práci.

Rozdělení klientely z hlediska motivačního stylu

Pro další zpřehlednění považuji za dobré obecně charakterizovat klientelu, s níž se lze v běžné klinické práci setkat. V nesmírné různosti jednotlivců, v houštině příběhů a osudů, nabízím rozdělení klientely z hlediska motivace k psychoterapii. Označme dva motivační styly: jednomu řekněme „pasivní“ či „léčebný“, druhému „aktivní“ neboli „seberozvojový“. Léčebným motivačním stylem je míněna touha být zbaven obtíží, seberozvojovým pak přání aktivně pracovat na své osobnostní vyspělosti.

Vyhraněně pasivně motivovaní lidé touží po úlevě od trápení (co možná nejrychleji, nejlépe definitivně), očekávají, že je terapeut vyslechne (a oni se „vypovídají“), porozumí jim (dá jim zapravdu a nebude jim odporovat), konečně pak něco jim poradí nebo alespoň vysvětlí. Tito klienti mají velmi nízké očekávání nějakého specifického způsobu léčení, a pokud je mají, pak v téměř magické podobě (zázračná pilulka). Nemívají znalosti, spíše bývají zahlcení změtí inter-

netových informací (častěji desinformací). Za zdroj pomoci považují nedi-ferencovaně terapeuta a myšlenka, že by tento zdroj mohli mít „uvnitř sebe“ či jejich je jim nesrozumitelná, vzdálená a při jejím častějším opakování ji zto-žňují s odmítnutím („*Já vím, že si nakonec musím stejně pomoci sám...*“) Pro ilustrativnost nastíněno v poněkud karikované podobě.

Druhá skupina je kromě obtíží motivovaná touhou pracovat na sobě. Pro mnohé se seberozvoj stal v té či oné míře součástí životního stylu. Skupinu vyhraněně seberozvojově motivovanou mohou tvořit profesionálové v pomáhajících profesích nebo přímo psychoterapeuti. Bývají v přístupu ukáznění, kooperativní, prezentují se vyspěleji, mají odstup od symptomů. Jsou zvyklí častěji psychoterapeuty hodnotit, žádají od nich konkrétní metody a postupy. Psychoterapie je pro ně cosi, co je hodné zájmu samo o sobě.



Pro aktivně motivované je singulární pojetí obecně snáze využitelné, pro klienty motivované pasivně je většinou nezbytně nutné pojetí kontinuální.

Ačkoliv se aktivní styl jeví jako jednoznačně pokročilejší, nedomnívám se, že musí být vždy a za všech okolností automaticky výhodou z hlediska živého a účinného psychoterapeutického procesu.

V některých případech může spíše znamenat pro psychoterapeuta jiný druh nástrah. Zatímco léčebně motivované může být těžké získat pro aktivní spolupráci, seberozvojově zaměřené mohou brzdit sofistikovanější formy rezistence vůči změně, včetně přemíry aktivity, kompetence a pozitivního vztahu k psychoterapii.

Obecné předpoklady nutné k provádění struktur

Když Albert Pessa hovoří o podmínkách nezbytně nutných k provádění struktur, zmiňuje volně tři věci (3):

1. Klient musí být schopen rozlišovat symbolické od reálného.
2. Musí mít při plné funkci „pilota“ (naplno si uvědomovat, co se děje, a spolurozhodovat o tom).
3. Mezi terapeutem a klientem musí být rozvinuta tzv. sféra možností (the possibility sphere).

Ad 1) Rozlišením reálného a symbolického rozumím:

- a. Dostatečnou koherenci ega, aby klient byl schopen náhledu na vlastní projekčnost a diferencované práce s projekcemi.
- b. Dostatečnou úroveň intelektu, aby byl schopen, populárně řečeno, neztotožňovat osobu herce se seriálovým hrdinou.

ad 2) Pilotem se nazývá v osobité terminologii Alberta Pessa reflektující část ega, tedy nejvyšší instance vědomí, koordinační centrum, které na základě vyhodnocení všech dostupných informací dává zásadní podněty vědomému jednání.

ad 3) Termín „sféra možností“ je zajímavý, zároveň komplikovaný na popis i pochopení. Pessa jej užívá ve dvojitě významu. Označuje jím:

- a. Základní postoj terapeuta ke klientovi v terapeutické situaci, vyznačující se maximální mírou respektu pro klientův proces, terapeutickou disciplínou a připraveností po dobu práce upozadit vlastní potřeby, a naopak angažovat se terapeutickými prostředky maximálně v jeho prospěch. V tomto smyslu tedy terapeut „otevřít sféru možností“ ve své mysli pro klienta, bezprostředně před tím, než začne pracovat (4). Jde tedy v podstatě o kodex terapeutického postoje, který v malých obměnách respektuje kterýkoliv vyzrálý psychoterapeut, bez ohledu na školu, kterou reprezentuje. Klientovi to umožňuje vztáhnout se k němu jako k bezpečnému, důvěryhodnému a kompetentnímu. Na straně klienta je naopak nutná základní dispozice vytvořit pracovní alianci – tedy schopnost pochopit a identifikovat se s terapeutickým uspořádáním, v němž je společným dílem klienta a terapeuta práce na tématu, s nímž klient přichází.
- b. Specifickou topografii terapeutického prostoru ve struktuře. Tento aspekt považuji za zásadní a podrobně se mu věnuji v následujícím oddíle.



V bodech 1 – 3 jsem nabídl výklad Pessem uváděných pojmů na úrovni jakýchsi statických, vstupních dispozic. Jejich splnění na této úrovni je podmínkou nutnou, nikoliv však dostačující z hlediska účinného provádění struktur. Tam je nutná řádově vyšší úroveň všech tří zmíněných kvalit:

Ad1) Ve struktuře klient vědomě, záměrně, na základě dohody s terapeutem projektuje fiktivní obsahy do reálné přítomných osob, objektů či do fyzického prostoru místnosti. Přijímá od nich či odtud dohodnutá sdělení v přímé řeči, nezřídka fyzický kontakt. Nestačí tedy pouhé pasivní rozlišení reálného a symbolického, ale je nutná schopnost specifické aktivní imaginace.

ad 2) Nestačí jen vyspělá schopnost sebereflexe a běžné uvědomování odpovědnosti za vlastní rozhodnutí a jednání. Aktivita „pilota“ v klientově mysli během struktury, o níž mluví Pesso (6), je náročný, kognitivně-emocionální výkon. Klient musí udržovat po celou dobu trvání struktury „pracovně alianční“ kontakt s terapeutem, zároveň musí vnímat, vytvářet rozlišovat a reflektovat podněty na mnoha úrovních skutečnosti (pocity, myšlenky, vzpomínky, obrazy, symbolickou, terapeutickou realitu). Klade to mnohem větší nárok na pozornost, procedurální paměť a celé

II. VZTAH A METODA

„Sférou možností myslím zejména to, že se terapie neodehrává v přenosu“ Al Pesso (5)

Terapeut vytváří sféru možností pro klienta, on sám však není její součástí! Sféra možností je pomyslný prostor obklopující klienta, v němž se mu dějí

„reflektující ego“ než v běžném terapeutickém rozhovoru. Aktivitu pilota ve struktuře na této úrovni zároveň považuje Pesso za klíčový předpoklad dlouhodobého léčivého efektu struktury (5). Protikladem k plné aktivitě pilota lze označit např. různé podoby hypnotického stavu, kde se pracuje s dissociací vědomí, regresí, amnesií, posthypnotickou sugescí atd.

ad 3) To, že klient zakouší terapeuta jako zralého, důvěryhodného a kompetentního, ještě neznamená automaticky vznik sféry možností, kterou terapeut svým postojem nabízí. Ta vzniká až klientovým pochopením a přijetím metody jako takové, jejího rituálu a pracovních nástrojů (viz níže). Za nutné zde můžeme považovat kompetence ve dvou předchozích bodech a zvládnutí či absenci některých forem rezistence v rovině vědomého postoje (*„Stejně bych si s terapeutem raději povídala, když on ale říká, že tohle mi pomůže...“*).

Dotýkáme se zde faktoru terapeutického vztahu v PBSP, který pro svůj zásadní význam vyžaduje samostatné rozpracování. Před tím shrnuji či opakuji: výše popsané kompetence a jejich souhra mohou být pro klienta natolik nezvyklé či obtížné, že jejich nastavení pro úspěšné „operace“ může spotřebovat mnoho hodin „předoperační přípravy“.

léčivé zážitky, ale tyto nepocházejí od terapeuta, nýbrž od ideálních postav (6).

Pessovo vysvětlení a instrukce vyjadřují anticipovanou topografickou funkci termínu sféra možností (terapeut ji vytváří, ale sám v ní není), zároveň nás staví před samu esenci PBSP – přesun



účinné terapeutické komunikace z dvojice klient – terapeut mezi klienta a virtuální, ve struktuře inscenované postavy. Ve struktuře má nastat to, co Pesso nazývá „strukturní stav vědomí“. Ten se vyznačuje pozorovatelným ponořením klienta do prožitku s ideálními figurami a zjevným znepodstatněním komunikace s terapeutem, která sice probíhá při plné zodpovědnosti, ale je v tu dobu pouze organizační. Neplní-li struktura svůj účel, je naopak z videozáznamu zřejmé, že klient emočně reaguje pouze na terapeutovo chování, zatímco inscenované postavy jsou pro něho nepodstatné.

Takto pojatá sféra možností, fakticky definovaná scénicko-symbolickým prostorem (tedy „územím“, které je tvořeno inscenovanými postavami a jejich komunikací) se ovšem vztahuje výhradně k provádění struktur, tedy k vlastním „neurochirurgickým operacím“. Jak je tomu ale v „předoperační přípravě“, tedy

Příklad 2

30letá klientka přicházející kvůli pocitům izolace a neschopnosti navazovat vztahy: velmi brzy reaguje velmi pozitivně na scénicko-symbolické postupy, přesto na desáté schůzce říká: „V pondělí jsem měla hroznou depresi, zase jsem myslela na to, že to skončím, pak mě uklidnilo, když jsem si představila, jak vám to tu řeknu...“

Intervence: *„To je dobré, že vás ta možnost napadla a že jste ji dokázala využít.“*

Komentář:

Ačkoliv jsme scénicko-symbolické postupy měli již velmi funkčně v terapii zavedené a plynule jsme jich ve vhodných chvílích používali, považoval bych za hrubou chybu sáhnout k nim právě teď. Zvědomění přenosu, které by scénicko-

v terapeutickém čase, kdy struktury neprovádíme a vedeme rozhovor? Nazýváme takový rozhovor „mimostrukturním dialogem“.

Nabízím tento pohled: Probíhá-li terapie v kontinuálním pojetí (je sjednáno spíše docházení nežli obsah schůzek) a pracujeme-li s pasivně motivovaným klientem (přicházejícím spíše s touhou být zbaven obtíží než na sobě pracovat), pak je přirozené, zdravé a správné, že klient vloží na různých úrovních vědomí nadějná očekávání do osoby terapeuta (vytvoří pozitivní přenos). Jsem toho názoru, že s touto projekcí je nutno zacházet s veškerým respektem k projevu kýženého klientova samoléčivého potenciálu, spočívajícího v nějaké formě důvěry ve vztahy. V zásadě jde rovněž o příznivý diagnostický indikátor vhodnosti klienta pro PBSP.

symbolický postup v tu chvíli de facto znamenal, by mohlo destruovat a znevěrohodnit její úspěšnou ego strategii, jak zvládnout rozladu a oslabit ji pro příště. Ve strukturách obvyklé postupy (práce s principy) bych považoval za adekvátní pouze tehdy, objevil-li by se přenos k mé osobě již přímo v započatém procesu struktury, mezi jinými vztažnými postavami. Tehdy by bylo namístě „nevstupovat do sféry možností“ a pracovat s projekcemi, nikdy však v mimostrukturním dialogu, kdy klient chce mluvit k terapeutovi osobně. Parafrázuji-li Perquinovo stanovisko (7), použití scénicko-symbolických nástrojů nesmí nikdy sloužit terapeutovi, aby se mohl rychle vyhnout klientovu přenosu či se ho přímo zbavit.

Zatímco ve struktuře samotné tedy nesmí být terapeut součástí sféry



možností (korektivní zkušenost nepřichází od něho), v mimostrukturním dialogu v ní být může, ne-li dokonce má či musí, a daří-li se dobře „předoperační příprava“, může z ní postupně vystupovat.

Postupné opouštění sféry možností terapeutem ve prospěch symbolicko-scénicky vytvářené skutečnosti je možné tehdy, podaří-li se mimostrukturním dialogem rozvinout a stabilizovat „intersubjektivní prostor“ mezi terapeutem a klientem. Pro pojem intersubjektivní jsem sáhl do moderního psychoanalytického prostředí britské školy objektních vztahů – intersubjektivitu chápu ve smyslu Mitchellem interpretovaného Storolowa konceptu, který rozšiřuje podstatné pojetí dynamismu přenos – protipřenos: *„V klasické tradici přenos znamená přemístění z minulosti, kdy pacient zkresluje přítomnost, aby vytvořil místo pro vyjádření nějaké zasuté ranější fantazie či zkušenosti. Alternativní pohled pokládá přenos za univerzální psychické úsilí uspořádat zkušenost a vytvořit významy, za projev stálého vlivu organizujících principů a obraznosti, které vykrytalizovaly z pacientových raných formativních zkušeností.“* (8).

V duchu tohoto pojetí je rozvoj intersubjektivní funkce veškerého času stráveného během terapeutických hodin pospolu a veškerých interakcí, které v tomto čase proběhnou. Za důležité zejména považují, že vznik a rozšiřování pole sdílených významů v dyádě terapeut – klient nezakládá automaticky nutnost pracovat s přenosem v užším smyslu jako s historizujícím obranným zkreslením skutečnosti, ale odkazuje spíše ke vztahu v přítomnosti a k zužitkování bohatství a komplexity těchto významů ve scénicko-symbolické práci.

Nyní je potřeba zmínit se o rozdílech, které v utváření intersubjektivní znamenají různá uspořádání, v nichž je PBSP praktikována. Mám znovu na mysli singulární resp. kontinuální pojetí, zároveň tentokrát i individuální resp. skupinový setting. Nabízím tuto rovnici: čím singulárnější a skupinovější přístup, tím méně významná je otázka intersubjektívního prostoru.

Probíhá-li struktura při jednorázovém setkání, vztah klienta s terapeutem je pouze situační. Terapeutovi to umožňuje, ba ho to nutí, pracovat objektivněji. Jsou-li jeho intervence pohotové a přesné, někteří klienti jsou schopni rozvinout snadno strukturní stav vědomí. Vyskytne-li se přenosový podnět (klient zareaguje zjevně na terapeutovu osobu), lze s ním zacházet neproblematicky v duchu praxe PBSP (placeholder pro terapeuta, označování principů projekcí, jejich postupné utřídování a přemístování). Lze zajít ještě dále: v singulárně-skupinovém uspořádání se mohou terapeuti střídat či zaskakovat jeden za druhého, stejně jako jsou nahraditelní ostatní účastníci v rolích ideálních postav (udělá-li se někomu nevolno, zaskočí někdo jiný a práce se ani nepřerušuje). Klientům je takto na vícero frontách dáváno na srozuměnou, že objekty i osoby využívané v terapeutickém prostoru jsou jeho pouhými kulisami a pro výsledky terapie nejsou, ba ani nesmí být jako takové podstatné.

Jak už řečeno, tento typ práce je ideální pro edukované, aktivně motivované klienty s dobrou rozlišovací schopností symbolických a reálných rovin skutečnosti a rozvinutou funkcí pilota. V tomto prostředí mohou velmi luxusně hledat a nacházet další a další odstíny svého self, skryté dosud pod historickou zátěží. Ne nadarmo bývá PBSP označovaná za dobrou „terapii pro terapeuty“. Z takového bonmotu ovšem zřetelně vyčnívá osten



otázky, zda lze touto prací také pomoci těm „doopravdy nemocným“. Co z výše zmíněného platí pro pasivně motivované, needukované klienty, jejichž úroveň rozlišovací schopnosti ani funkce pilota by nestačily na to, aby mohli z takového přístupu profitovat, a vyžadují pravidelnou, individuální péči? Je i v jejich případě PBSP relevantní formou psychoterapie? Níže navrhované pojetí PBSP může naznačit směr cesty.

Cituji nyní shora uvedenou rovnici opačně: čím blíže (častěji, v důležitých rolích a souvislostech) se dva lidé vůči sobě vzájemně objevují a pohybují, tím „obsazenější“ se vzájemně ve svých myslích vůči sobě stávají. Význam intersubjektivního prostoru a jeho kvality

Příklad 3

27letá umělkyně, přichází kvůli kolusivním konfliktům s partnerem, přecitlivělosti na kritiku. Projevuje se ustrácně, bystře, inteligentně, nikdy nechodila na terapii. Rychle vychází najevo anomální povaha obou jejích rodičů. Vzhledem k aktivní motivaci jí již při třetí schůzce dávám teoretické minimum PBSP, na které reaguje dalším zesílením motivace. Při čtvrté schůzce již děláme strukturu, docházíme k antidotu s ideálními rodiči. Příště referuje o „zajímavém zážitku“ s dosud nikdy neviděnými perspektivami a je velmi motivovaná pokračovat stejným způsobem. Přesto se po deseti minutách druhé struktury u čehosi zdržíme a zůstaneme u toho po zbytek času v běžném rozhovoru. K anitidotu nedojdeme, zato jedna část jejího života je nyní mezi námi prokreslenější. Příště o PBSP dokonce nikdo nemluví, ona

roste úměrně této blízkosti. Tomu je nutno přizpůsobit aplikaci scénicko-symbolických postupů PBSP. V praxi jsem rozpoznal tuto zákonitost: Má-li být klient v kontinuálním pojetí připraven přijímat antidotum od inscenovaných ideálních figur ve strukturách, potřebuje nejprve zpracovat osobnost terapeuta, jeho profesionální styl a vstoupit s ním do velmi osobního dialogu. Terapeut, jakožto účastník téže intersubjektivnosti, potřebuje permanentně rozvíjet a obohacovat představu o klientově vnitřním světě. Takto pojatá intersubjektivita vytváří jakýsi terapeuticko-vztahový tmel, který tvoří ukotvující zázemí pro scénicko-symbolickou práci.

hovoří o partnerovi, já jí nabízím nějaké náhledy. V podobném duchu probíhají i další návštěvy. K PBSP se dostáváme znovu později, pokračujeme pomaleji, krok po kroku, ale zdárně.

Komentář: Zcela na počátku, kdy měla klientka velmi vágní představu o terapii, bylo rychlé uvedení přímo do struktury možné a žádoucí vzhledem k její aktivní motivaci, bystrosti a extrovertovanosti. Zážitek, který kvitovala, mohl být náčrtem možné budoucí plodné cesty, ale v kontinuálním pojetí nemohla terapie pokračovat tímto tempem. Potřebovala o sobě říci více, zažít, jak na to či ono reagují, měla mnoho konkrétních otázek. (Potřebovala se „usadit“ v terapeutickém vztahu anebo, chceme-li, „propracovat intersubjektivní prostor“.)



„Dvouvrstvý ochranný obal“ v kontinuálním pojetí PBSP

Zdá se tedy, že individuální, kontinuální pojetí PBSP (pravidelné časté schůzky probíhající v horizontu střednědobé, či dokonce dlouhodobé terapie) vyžaduje ve vztahu terapeut – klient jakýsi dvouvrstvý ochranný obal: inter-subjektivní prostor tvoří vnější vrstvu a je-li dobře rozvinuta v mimostrukturálním dialogu, může z ní vyrůst sféra možností v užším slova smyslu, v níž probíhají scénicko-symbolické děje a jsou generovány léčivé zážitky.

Sféra možností, o které mluví Pesso v topografickém smyslu, je tak fakticky prostor v prostoru. Terapeut zůstává vždy ve vnější, intersubjektivní vrstvě jako bezpečný průvodce a je na klientovi a jeho vývoji, jak je disponován vstoupit do specifické sféry možností struktury, tedy do scénicko-symbolického prostoru. Ve vyspěle rozvinutém terapeutickém procesu jsou obě vrstvy zřetelně odděleny a lze beze zmatku přecházet z jedné do druhé.

Příklad 4

45letá klientka usedá do křesla a říká s velkou rozhodností, že přichází, protože má problém s otcem, který byl alkoholik, v dětství ji bil a ona si nyní nevěří, nic ji nebaví a vůbec, trpí depresemi, bere již dva roky léky. Přichází proto na PBSP, protože jí ošetřující lékařka doporučila, že PBSP je přesně to, co jí pomůže...

Intervence: Postupuji standardně, jako téměř vždy v prvním kontaktu: naslouchám se zaujetím jejím sdělením, občas se doptávám, aktivněji se tážu na její současný život. Na konci se zmiňuji o PBSP: Je na správné adrese, provádím tuto práci často a rád, metody ale zásadně nezavádím předčasně. Průběžně může klást otázky, rád jí je zodpovím. PBSP je velmi specifická práce a sám s tím přijdu, jakmile to bude možné. Pak

Vnější vrstva, intersubjektivní prostor, má zásadní význam pro celistvost terapeutického procesu: Schází-li se klient s terapeutem individuálně, pravidelně a relativně často, potřebuje s ním vést živý, terapeutickému uspořádání přiměřeně autentický dialog, který není svázaný rituálem nástrojů PBSP. Kromě zmíněné funkce ukotvujícího zázemí pro scénicko-symbolickou práci, která z něho vyrůstá (nikoliv jej nahrazuje!), se v mimostrukturálním dialogu tvoří data-báze informací, či chceme-li, pole sdílených významů. Autenticita dialogu je ovšem protikladem cíleného, anamnestického rozhovoru či jakéhokoli standardizovaného dotazování, v němž získané informace mají povahu pouhých neobrazivých, objektivních údajů. Ty je jistě nutno postupně získat, ale v takto hrubé a obecné podobě jsou využitelné spíše v singulárním pojetí.

domlouváme schůzky v kontinuálním režimu atd.

Komentář: Anamnestické údaje sdělené s takovou razancí jsou sice závažné, ale s jejich přímým terapeutickým využitím v první individuální sessi se to má asi podobně jako s informací zmatenému turistovi v Praze, že Rakousko, na které se táže, dozajista nemine, půjde-li dost dlouho na jih a dáme mu do ruky kompas... S takto přímočarými informacemi by bylo lépe pracovat v singulárním pojetí: na workshopu, kde by nejprve proběhla edukace, cvičení, sdílení, otázky – to vše by vytvořilo alespoň minimální sféru možností, v níž by již jakž takž edukovaný klient mohl zvolit tematiku, s níž do struktury přijde, a zkušený terapeut by mohl posléze vést smysluplnou strukturu. V citovaném



případě bylo nutno redukovat klientčinu úzkost, vypolarizovaná očekávání a získat ji pro „mimostrukturní dialog“, který by začal vytvářet intersubjektívni prostor s databází sdílených významů, z nichž by bylo možno postupně vycházet.

V mimostrukturním dialogu se informace jen postupně vyjevují, vytvářejí mnohohrstevnatě propojené sítě významů či spíše obrazů, které se prohlubují, když se klient k určitým tématům vrací, některé motivy v různých souvislostech mnohokrát opakuje, o jiných nemluví. Může zde rovněž mluvit volně, bez ritualizovaného přerušování microtrackingem a nabýt zážitku, že má prostor, aby řekl to, co potřeboval, formou, jakou potřeboval a v rozsahu, v jakém potřeboval. Bez možnosti svobodně mluvit ne-

bude cítit dost onoho příslovečného „místa“ ve vztahu s terapeutem (v intersubjektívni prostoru) a do scénicko-symbolické sféry možností nevstoupí, protože ji nebude pociťovat jako rozšíření a obohacení, ale jako omezení, proti němuž vyvine rezistenci. V rozvíjejícím se dialogu a vzájemné reaktivitě s terapeutem se objevují nové souvislosti. Takto vedený dialog umožňuje terapeutovi nabízet ve strukturách, na něž postupně a průběžně dojde, mnohem diferencovanější kroky, vyhýbat se pasti opakování témat i antidota („*Tuhle ideální matku jsme tu přeci měli už třikrát...*“) a v případě potřeby trpělivě čekat, než se objeví látka, která má v sobě potenciál terapeutického zpracování.

Možné nástrahy absence kvalitního mimostrukturního dialogu u aktivně motivovaných

Příklad 5

26letá klientka přichází ve svízelné životní situaci se žádostí o dlouhodobou, pravidelnou terapeutickou péči. Jedním dechem vyslovuje přání pracovat formou PBSP, protože se jí tato terapie v minulosti zdaleka nejvíce osvědčila a považuje ji za vynikající. Jmenuje kolegy, jejichž workshopy navštívila či k nim po nějakou dobu individuálně docházela a kteří ji z jistých objektivních důvodů odkázali na mne. Jejímu přání provádět v rámci terapie převážně či výlučně struktury jsem nevyhovoval bez váhání. V jejím projevu jsem si všiml určitých inkoherecí, které mi znesnadňovaly představit si, jak vlastně vypadá její život. V hodinách mluvila téměř výhradně o dětství, rodičích a postavách okolo sebe, na něž měla velmi kritické, poněkud nekonzistentní, leč

přece zpracované náhledy. Ve strukturách si velmi aktivně vyhledávala ideální figury, projevovala nad nimi uspokojení, načež příště přicházela s pozitivní zpětnou vazbou. Struktury probíhaly zcela podle zvyklostí, jen jsem se nemohl zbavit určitého nepohodlí, že mne jaksí „nepotřebuje“. Asi po dvou měsících přišla zoufalá, že se její vztahový život hroutí, je zadlužená... Nechtěla o tom mluvit dříve – jednak se jí o tom mluví špatně, je to bolestné, zatímco ve strukturách „si to vždy užila“, jednak od terapie neočekává „pouhé mluvení o přítomnosti, s tím jí stejně nepomůže“, ale chce „opravdovou terapii“, práci s tělem... atd.

Komentář 1: Případ se vyvíjel složitě, chci poukázat jen na toto: klientčin netrpělivý až umanutý požadavek struktury a její mimovědomé rivalizující chová-



ní v podobě vypuzování terapeuta z procesu jsem si s odstupem času vysvětloval spíše jako úzkostné agování autonomie či formu dissociace nežli jako zralou kompetenci umožňující dávkovat si to, co potřebuji.

Pro určitou část aktivně motivovaných klientů, která ovšem aktivitu i kompetenci vyvinula jako kompenzaci či reaktivní výtvar vůči hluboké úzkosti z kontaktu („přemostili díry ve svém self dovednostmi“), může být singulární pojetí velmi přitažlivé, a to právě požadavkem na velkou míru autonomie, čímž poskytuje jakési mimikry jejímu nepozorovanému odehrávání. Je vždy delikátním úkolem pro terapeuta rozpoznat takové projevy. V singulárním režimu se jejich kompenzační aspekt nemusí vůbec projevit. Naopak v kontinuálním procesu individuální terapie, bez pout rituálu struktury, je terapeut záhy konfrontován s „děravým“ či různě tabuizovaným příběhem, inkoherencemi v projevu, různými formami negativního přenosu a dalšími jevy, které činí využití scénicko-symbolické práce problematickým.

III. APLIKACE METODY

Výše bylo řečeno, že terapeut, v prvopočátku nositel klientova pozitivního přenosu, opouští sféru možností ve prospěch scénicko-symbolických postupů, jakmile se daří mimostrukturním dialogem propracovat intersubjektívni prostor. Nyní lze tvrzení upřesnit a poopravit: terapeut se nikam „nehýbe“, ale je to naopak klient, který, pokud se dobře ukotvil ve vztahu s terapeutem,

Vymezení sféry možností resp. scénicko-symbolického prostoru

Význam termínů „sféra možností“ a „scénicko-symbolický prostor“ je prakticky totožný. Jakmile použijeme scénicko-symbolické postupy a inscenujeme ve

Míru autonomie, kterou práce ve struktuře na straně klienta vyžaduje, považuji za jeden z hlavních argumentů pro „dvouvrstvý model“ v případě kontinuálního pojetí PBSP. Je-li v něm dobře rozvinutá intersubjektívni vrstva, klientův pilot není permanentně přetížen mnohaúrovňovou exekutivou, což mu umožňuje spočinout v poněkud pasivnější pozici vůči terapeutovi, který může uvážlivě a intuitivně sahat k dobře účinným fragmentům scénicko-symbolické práce (viz níže).

Mimostrukturní dialog tak poskytuje terapeutovi též permanentní zpětnou vazbu ohledně účinnosti struktur a implementace antidota do běžného života klienta. Znovu, nejde zde o zpětnou vazbu získanou přímým dotazováním po struktuře, jak je to běžné na workshopech, ale o příležitost průběžně sledovat, jak se vyvíjí stabilita klientovy nálady, jak zvládá emoce ve vztazích, jak se probarvuje jeho projev v rozhovoru, o co klesá míra jeho zájmu, co se mu naopak otevírá... atd.

sám může vstupovat do scénicko-symbolického prostoru, který mu terapeut pomáhá rozevřít, ale do něhož on za ním nikdy nevstupuje, jen jej zvnějšku provází, jak je to ve strukturách obvyklé.

V dalším textu chci nastínit způsoby myšlení, nástroje a techniky, které otevírají a etablojí sféru možností pro scénicko-symbolické děje.

fyzickém prostoru místnosti fiktivní postavu vztahující se nějak ke klientovi, otevřeli jsme tím onu sféru možností, v níž se mají odehrávat terapeutické



zážitky (tedy v komunikaci klienta s inscenovanými, fiktivními postavami). Jde o velmi působivé prolnutí přítomné fyzické reality a intrapsychického procesu

Příklad 6

Požádal jsem 23letou klientku, překonačující letitou bulimii, aby vzala předmět, který představuje všechny asociace k jídlu, a položila jej před sebe. Učinil jsem tak asi po půlroční terapii, která probíhala běžným rozhovorem. Následovala otázka, co se jí vybavuje, když se na předmět dívá. Ona znatelně znervózňela, upadla do rozpaků a nebyla s to svůj stav zdůvodnit. Do konce hodiny setrvala v jakémsi křečovitě defenzivním nastavení.

Komentář: Klientka prostřednictvím symbolizujícího předmětu zpřítomnila nějaký rušivý obsah související s jídlem, na který reagovala. Příklad ilustruje, že symbolická-scénická jako taková nese v sobě mohutný potenciál evokovat silné zážitky, které mohou klienta okamžitě oslovit, od nichž však může rovněž dissociovat či vyvinout jiný druh obranné reakce. Příklad ilustruje rovněž nutnost organického vpojení těchto postupů do procesu, aby zážitek nepřekročil klientovu kapacitu pojmout jej a reflektovat (viz rovněž příklad 1).

Příklad 7

25letá klientka, dosud bez edukace a zkušenosti s PBSP, vzpomíná: „Pamatuji si, když mi bylo asi osm let, myslím, že jsem ten den něco ztratila, asi klíče. Už jsem usínala, když vešla rozzuřená matka. Vzbudila mě a tloukla, že jsem to nezažila... Když konečně odešla, hrozně jsem se bála, že se vrátí a že mě zabije.“

klienta, které zavádí skutečnost jiného řádu a pravděpodobně ovlivňuje implicitní paměť nebývale intenzivním způsobem.

V kontinuálním pojetí PBSP, které popisují, je typické postupné zapojování jednotlivých komponent scénicko-symbolické práce. Není žádné doporučené pořadí jednotlivých kroků ani definovaný čas, kdy by se to či ono mělo již v práci objevit. Časování i sekvence kroků je zcela ve službách jediného cíle: rozevřít v klientově mysli možnost specifické symbolické reality, která je fyzicky, smyslově ztvárněna v místnosti a odtud se stává jeho mentálním vlastnictvím, umožňujícím vidět svět jinýma očima.

Dobrou terapeutovou strategií je mít stále v mysli pracovní nástroje struktury a použít to či ono ve chvíli, kdy je to klient s to přijmout jako terapeutickou intervenci (pozor – jako terapeutickou intervenci, nikoliv jako látku jakéhosi edukačního programu, kterou by si měl osvojit).

Následující příklady demonstrují strategie, jakými lze specifické PBSP techniky zavádět do terapeutického procesu tak, aby scénicko-symbolickou sféru možností otevíraly.

Intervence: „Je na vás vidět, na vašem obličejí, jak jste i po letech v šoku, když na to vzpomínáte. Lidský mozek přesně takhle funguje – když o něčem mluvíme, je to, jako bychom tam částečně znovu byli i s týmiž pocity, jako tehdy – paměť tak ovlivňuje, jak se cítíme teď... Myslím, že máme co do činění s vaší intenzivní potřebou bezpečí



či ochrany a je naší společnou prací vytvořit ve vaší mysli zážitek, že vás někdo ochrání, zaštití, nedá vám ublížit, abyste se mohla cítit bezpečně...“

Klientka: smutně přikyvuje: „... a jak se to dělá??“

Intervence: „Kdybich vám mohl něco poslat do paměti, byla by to postava, která je vám nablízku, zaštituje vás a chrání vás – představil bych si pro vás, že stojí někde vedle vás (ukazuju rukou a naznačuju výrazným pohybem dospělou lidskou postavu, aby pohyb evokoval prostorovou představu) a mluvila by k vám přímou řečí. Říkala by vám: *kdybich já byla tehdy tam, stála bych při tobě, chránila tě a nenechala nikoho, aby ti ublížil*“ (řečeno pevným, rozhodným hlasem, za stálého naznačování rukou směrem k místu, kde je postava inscenována).

Klientka: ve zlomku vteřiny se rozjasní a říká hlasem plným satisfakce: „*To by bylo dobrý...*“

Intervence: „*Zase je to na vás vidět, jak jste za to ráda, jak se vám ulevilo a jak vás ta možnost uspokojuje... Takhle můžeme pracovat, kdykoliv to budeme potřebovat – vytvářet zážitky splněných potřeb takto scénicky, postavami vytvořenými nyní a zde v místnosti. Máme dobré neurologické důvody předpokládat, že si mozek je schopen takovéto smyslové a prostorové zážitky zpracovávat tak, že se cítíte pak celkově lépe. Člověk má pak reálně k takovým pocitům blíže, asi tak, jakoby býval v bezpečném prostředí doopravdy vyrůstal...*“

Komentář 1: Uvedení fiktivní postavy do fyzického prostoru, stejně jako její promluva se odehrály v proaktivní režii terapeuta, bez obvyklého vyjednávání. Celá intervence měla podobu demonstrace scénicko-symbolického prostoru,

tedy sféry možností. Ačkoliv bylo zjevně přítomné pozvání – bylo pouze na klientčině vnitřní připravenosti, zda do sféry možností vstoupí či nikoliv. Kdyby reagovala neutrálněji (např.: „*Aha, zajímavé*“ či devalvací: „*A to mi jako má pomoci, jo...?*“), terapeut by s ní mohl bez potíží zůstat před branami sféry možností, vést mimostrukturní dialog, setrvat na edukativní či meziosobně sdílecí úrovni, a říci např.: „*Já věřím, že ano, ačkoliv třeba ne teď hned...*“ Ona ale do sféry možností vstoupila – skrze bezprostřední pozitivní reakci na fiktivní postavu – udělala nejdůležitější krok a bylo pak třeba sféru možností ustavit na úrovni pilota: zvědomit pozitivní emoční reakci, nabídnout rychlý kontrakt na opakování takového postupu a teoreticky jej zdůvodnit. To vše v kondenzátu několika vět.

Komentář 2: Bez záliby v nadměrné klasifikaci považuji za užitečné odstupňovat všechny terapeutické činnosti příslušející do sféry možností podle míry jejich aplikace na:

1. nescénickou,
2. ilustrativně scénickou,
3. plně scénickou.

Toto dělení odstupňovává náročnost pro pasivně motivované klienty v kontinuálním přístupu v individuální terapii:

Ad 1) **Nescénická forma:** Stimuluje klientovu představivost, dává mu informace, ale ponechává jej v bezpečí dialogu s terapeutem, bez nároku, aby dialog opustil a upřel představivost do zcela jiné sféry.

Nescénické je svědkování v příkladu 7: „*Je na vás vidět, na vašem obličejí, jak vás to i po letech zasahuje, když vzpomínáte, jak...*“



Komentář: Intervence probíhá plně v dialogu s terapeutem, ač v sobě nese všechny důležité atributy svědkování: viditelnost emoce a informativnost o ní (nikoliv historicko-empaticizující domýšlení: „*To jste musela být ale v šoku, když...*“), zároveň osobně neurčité „ono“ nechává místo pro plně scénickou fiktivní postavu „svědka“. Prozatím však klientova pilota nezatěžuje nutností zabývat se fiktivní postavou, jejím zpracováním či odlišením od terapeuta.

Ukázka nescénické práce s ideálními figurami v příkladu 7:

Intervence: „*Můžeme používat takový scénický způsob práce – znamená to, že zde v místnosti, někde fyzicky okolo vás, kde si přejete, ztvárňujeme fiktivní postavy, které vám vytvářejí zážitek bezpečí, tykají vám jako blízké osoby a v přímé řeči vás ubezpečují o tom, že stojí při vás a nenechají vám ubližovat. Scénu dotváříme tak, aby vám dělala dobře, to je nejdůležitější. Máme dobré důvody předpokládat, že takový scénický zážitek může způsobit... atd.*“, viz výše.

Komentář: Zde je vše na úrovni popisu a diskuse. Informuje, vytváří předpoklady, uvádí do souvislosti, ale nechává v „uctivé vzdálenosti“. Za důležité považují v tomto modu nevyslovovat průpovědi antidota v přímé řeči, ale v reportovacím modu, nezavádět rituální tykání postav, ale informovat o něm.

Ad 2) **Ilustrativně-scénická práce:** byla demonstrována v příkladu 7: terapeut proaktivně inscenuje postavy do fyzického prostoru, promluví za ně přímou řečí, neklade však žádného nároku, aby s ním klient spolupracoval, ale vyčká, zda se klient emočně „chytne“ inscenované reality a vstoupí do sféry možností skrze bezprostřední reakce či zda setrvá na úrovni osobního sdílení s

ním, mimo sféru možností. Pokud je klient vyzván, aby si postavu či cokoli jiného inscenoval sám, a nemá ještě ucelenou představu, co má dělat ani k čemu to má být, může být zaskočen neobvyklým nárokem, kterému nerozumí (viz příklad 4) a může dissociovat od možného efektu. Někteří jiní ulpí pozorností na vnějškových atributech rituálu a příště se tážou: „*Budeme dnes zase pracovat s polštářky?*“ Další se myšlenkou rozmisťování symbolických předmětů nadchnou a začnou živelně improvizovat, což může být z hlediska zamýšleného efektu těžko zvládnutelné.

Ad 3) **Plně scénická forma:** Právě fenomén aktivního podílu klienta na vytváření scén odlišuje ilustrativní, symbolicko-scénickou podobu od plně symbolicko-scénické práce. Máme-li pracovat kvalitně na plně symbolicko-scénické úrovni ve sféře možností, je potřeba, aby klient:

1. Přicházel na hodiny motivován pracovat plánovitě scénicko-symbolickým způsobem a chápal takto vytvořenou symbolickou skutečnost jako smysluplnou a potenciálně účinnou.
2. Byl motivován a schopen ve strukturách aktivně přepínat pozornost k symbolicky ztvárňovaným fenoménům a reflektovat okamžitý účinek na prožívání a jeho dynamiku.
3. Rozvíjel schopnost rozlišovat nuance scénicko-dramatického provedení intervencí, aktivně je dotvářel k větší účinnosti (schopnost pohybu ruky situovat postavy do účinnějších pozic, verbálně dotvářet terapeutem navržené formulace).
4. Byl schopen udržovat kooperativní kontakt s terapeutem, přinášet informace o prožitcích v interakcích na scénicko-symbolické úrovni, asociovat na motivy těchto prožitků a domlouvat se na dalších intervencích.



Na straně terapeuta je třeba, aby:

1. Během intervencí pozoroval u klienta alespoň v minimální míře rozvoj „strukturního stavu vědomí“, tedy pozorovatelnou nonverbální reaktivitu a její proměny ve vztahu k scénicko-symbolickým dějům.
2. Měl evidenci, že scénicko-symbolické děje konvenují s dynamikou mimostrukturního sdílení, potažmo s klientovým reálným životem. Takovou evidenci je zároveň možno považovat za definici plného, integrovaného a fungujícího psychotherapeutického procesu v rámci kontinuálního pojetí PBSP.

ZÁVĚR

Chci shrnout: jde mi především o příspěvek k adaptaci metody PBSP na každodenní klinicko-psychologickou praxi tak, jak je zhusta provozována ve zdejších socio-kulturních podmínkách. Odeslat klienta do sousedního obchodu dole v ulici, nechce-li koupit novou paměť, je zbytečně kategorické tam, kde obecné povědomí očekává spíše obchody se smíšeným zbožím, zatímco o síti vysoce specializovaných prodejen s jemně diferencovanou nabídkou nic neví a těžko si něco takového představuje.

Mnou navrhovaný dvouvrstvý model PBSP legitimizuje mimostrukturní dia-

log jako prostředek vytváření „vztahového tmelu“, který nejenže není překážkou scénicko-symbolické práci ve strukturách, ale pomáhá ji zavést, rozkošatět a integrovat.

Jsem si jist, že většina PBSP kolegů pracujících ve formátu střednědobé či dlouhodobé terapie používá velmi podobných sekvencí kroků, které jsem výše popsal já. Napomůže-li jim můj pokus o zpřehlednění postupů ke zlepšení orientace v metodě i v terapeutickém procesu, bude účel textu splněn.

ODKAZY NA PRAMENY A LITERATURU:

V textu se vyskytují citáty z přednášek a diskusí vedených v rámci výcvikových a otevřených workshopů, dále pak parafráze, zkratky a interpretace diskusí vedených tamtéž. Přímé citáty jsou psány kurzivou v uvozovkách. Některé z uvedených výroků a myšlenek jsou zachyceny na nepublikovaných videích, jiné nikoliv.

- 1) Úvodní workshop IV. výcviku 28. 11. 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
 - 2) Bachg Michael, Body and Mind in Child Psychology a Child Psychoterapy, The Embodied Mind, mezinárodní konference PBSP, Amsterdam 2009
 - 3) Jde o volnou interpretaci a zkratku vícero instrukcí Alberta Pessa, které dal v průběhu času
 - 4) Workshop pro absolventy výcviků, listopad 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
- Introduction to Pesso Boyden System Psychomotor, 1994, Franklin, New Hampshire, str 87-89



- 5) Odpověď A. P. na přímý dotaz autora textu na význam pojmu „sféra možností“, otevřený workshop, Freiburg, 2013
- 6) Parafraze diskuse, workshop pro absolventy výcviků, listopad 2012, videozáznam, archiv PBSP CZ, nepublikováno
- 7) Perquin Lowijs, Transference and Countertransference as a Vital tool in PBSP, 1994
- 8) Mitchell Steven S. Freud a po Freudovi, str. 192, Triton, Praha 2005

Mgr. Jan Šiřínek, (1966)

klinický psycholog a psychoterapeut, působí v soukromé praxi v Praze 6. Kromě odborné praxe po léta propaguje aktivně PBSP v ČR. O d roku 2012 je předsedou České asociace PBSP.

Do redakce přišlo 13. 12. 2014

Recenze 28. 12. 2013

Zařazeno do tisku 25. 2. 2014

